

TARTU ÜLIKOOL
Pärnu kolledž
Ettevõtlusosakond

Merje Servet

**TÖÖALASE REHABILITATSIOONI TEENUSE
ARENDAMISE VÕIMALUSED SA PÕHJA-EESTI
REGIONAALHAIGLA NÄITEL**

Magistritöö

Juhendaja: Anne Rähn

Pärnu 2020

Soovitan suunata kaitsmisele

Anne Rähn

/digiallkirjastatud/

kaasjuhendaja nimi

/digiallkirjastatud)

Kaitsmisele lubatud

TÜ Pärnu kolledži programmijuht Gerda Mihhailova

/digiallkirjastatud/

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

Merje Servet

/digiallkirjastatud/

SISUKORD

SISSEJUHATUS	4
1. TÖÖALASE REHABILITATSIOONITEENUSE KORRALDAMISE VÄLJAKUTSED JA ARENGUSUUNAD	8
1.1 Tööalane rehabilitatsioon ja seotud osapooled	8
1.2 Võimalused tööalase rehabilitatsiooni teenuse arendamiseks	19
1.3 Teenusedisaini protsess ja meetodid lähtuvalt tööalase rehabilitatsiooni spetsiifikast	28
2. TÖÖALASE REHABILITATSIOONI TEENUSE ANALÜÜS JA PARENDUSVAJADUSTE VÄLJASELGITAMINE	36
2.1. Ülevaade tööalase rehabilitatsiooni teenuse korraldusest Eestis ja Põhja-Eesti Regionaalhaiglas	36
2.2 Tööalase rehabilitatsiooni teenuse arendamise meetodika ja seonduva uuringu tulemused	45
2.3 Tööalase rehabilitatsiooni teenuse parendatud kontseptsioon ja ettepanekud teenuse parendamiseks	60
KOKKUVÕTE	68
VIIDATUD ALLIKAD	71
LISAD	82
Lisa 1. Kliendiintervjuu küsimused	82
Lisa 2. Ekspertintervjuu küsimused	84
Lisa 3. Kliendi liikumine rehabilitatsiooniteenusele	86
Lisa 4. Regionaalhaigla kliinikud	87
Lisa 5. Väliskeskkonna analüüs	88
Lisa 6. Ärimudel	91
Lisa 7. Väärtuspakkumine	92
Lisa 8. Parendatud teenuskontseptsioon klient Ljudmilla näitel	93
SUMMARY	96

SISSEJUHATUS

Töölase rehabilitatsiooni teenus käivitati tööturuteenusena Eestis 2016. aastal. Teenuse osutamise esimesed kolm aastat võimaldavad nüüdseks analüüsida kitsaskohti ja teha ettepanekuid teenuse arendamiseks. Siiani on teenusega seotud väiksema-mahulisi analüüse viinud läbi Eesti Töötukassa, uurides teenusele suunamise põhjuseid, teenusega seotud tegevuskavasid ning kogunud statistikat teenuse kasutamise kohta, kuid põhjalikumaid uuringud on tehtud vähe. Samas viidi töölase rehabilitatsiooniteenuse käivitamisele eelnevalt (aastatel 2011 – 2015) läbi erinevaid sotsiaalkaitse ja tööturumeetmete tõhusust ning korraldust puudutavaid uuringuid.

Varasemad uuringud näitavad, et senine rehabilitatsiooniteenuse korraldus ei soodustanud kehtivas sotsiaalhooldekande seaduse versioonis sätestatud eesmärgi täitmist – toetada töövõimekaotusega isikuid tööle asumisel või töö säilitamisel (Hanga *et al.*, 2013, lk45). Rahulolematust tekkinud olukorraga väljendasid erinevad osapooled, sh töövõimetud isikud, rehabilitatsiooniasutused ja muud sotsiaalvaldkonna esindajad. Probleemid, mis on takistanud inimeste rehabiliteerimist töötamise valdkonnas, on seotud rehabilitatsiooniteenuse korralduse, rahastamise ja teenuse pakkujate pädevusega. Seega vajas rehabilitatsioonivaldkond edasiarendamist, eesmärgiga paremini soodustada puudega isikute tööhõivet (Hanga *et al.*, 2013, lk 25). Kuni 2016.aastani oli kõikidel puude raskusastmega isikutel õigus sotsiaalse rehabilitatsiooni teenusele (Hanga, 2018, lk 11). Kuid pikad järjekorrad ja probleemid teenuse osutamisel tingisid vajaduse muudatusteks ning 2016. aastal muutus kogu rehabilitatsioonisüsteem (Hanga, 2018, lk 13).

Lisaks muudatustele rehabilitatsioonisüsteemis muutus 2016a. reformiga ka töövõime käsitus. Töövõimetuse asemel hakati hindama töövõimet. Vähenenud töövõimega inimesed tunnetavad oma võimalusi olla aktiivne ühiskonnaliige või teha võimetekohast

palgatööd halvematena kui elanikud üldiselt. Võrreldes 2015. a eeluuringuga on paranenud elanike hinnangud oma võimalustele teha võimetekohast palgatööd (võimalusi tunnetas 2015. a 66% ja 2017. a 72% elanikest), samas kui vähenenud töövõimega inimeste arvamused oma võimalustest teha võimetekohast palgatööd on jäänud samaks (Vainu, Reivart, Kaldaru & Kivirähk, 2018, lk 18). Vähenenud töövõimega inimeste hinnangud oma võimalustele olla aktiivne ühiskonnaliige, on võrreldes varsema uurimusega paranenud: 2015. a eeluuringus tunnetas enda jaoks neid võimalusi 57% ja 2017. a uuringus 65%. Vähenenud töövõimega inimeste tööhõive suurenemise seisukohalt on väga olulised toetavad teenused (võimalused täiend- ja ümberõppeks, rehabilitatsioon, abivahendid, transpordi toetamine)(*Samas*, lk 28).

OSHA raportis (2018) on välja toodud, et tööle tagasi pöördumist toetavad süsteemid peaksid olema välja töötatud ühtse tervikuna ning integreeritud üldisesse poliitilisse raamistikku, et tagada tööelu järjepidevus. Sarnane soovitus on antud ka „ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooni täitmise variraportis” (2018): sidustada tervishoiu- ja sotsiaalteenused terviklikuks, puuetega inimesi tõhusalt toetavaks ja jõustavaks süsteemiks ning korraldada andmebaaside ristikasutus. Selleks on vaja koordineerimist kõigis valdkondades: tööhõive, rahvatervis, töötervishoiu ja tööohutus, sotsiaalkindlustus, põhiõigused ja kutseharidus. See nõuab ka ühiste eesmärkide seadmist ja pühendumist ühisele tegevuskavale seotud valdkondades (nt tööhõive ja tervishoid). Ühendatud eelarve koostamine eri valdkondades tugevdab koordineeritud tegevust ja suurendab ressursitõhusust. Ühtne koordineerimine on eriti oluline sotsiaalkindlustussüsteemide reformide kontekstis, eelkõige tervishoiu- ja puudehüvitiste skeemide puhul. Need reformid tuleks kooskõlastada rehabilitatsiooni- ja tööle naasmise toetussüsteemiga (Belin *et al.*, 2016, lk 45).

Eeltoodust lähtuvalt võib öelda, et rehabilitatsioonivaldkond vajab jätkuvalt edasiarendamist ja uuendusi. Töökeskkonna disainiprotsessi läbiviimiseks on valitud SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla (edaspidi Regionaalhaigla). Kuni 01.01.20 kandis Regionaalhaigla koosseisu kuuluv taastusravikeskus Põhja-Eesti Taastusravikeskuse nime. Regionaalhaigla on valitud disainiprotsessi läbiviimiseks seetõttu, et asutusel on pikaajaline kogemus taastusravi ja rehabilitatsiooniteenuse osutajana ning asutus on üks valdkonna suurematest teenuseosutajatest.

Magistritöö eesmärk on disainiuuringu tulemusena töötada välja parendatud tööalase rehabilitatsiooni teenuse kontseptsioon Põhja -Eesti Regionaalhaiglas ning teha ettepanekuid tööalase rehabilitatsiooni teenuse edasiseks arendamiseks. Magistritöö tulemused võiksid huvi pakkuda eelkõige Põhja-Eesti Regionaalhaigla juhtkonnale ja töötajatele aga ka teistele tööalase rehabilitatsiooniteenuse osutajatele ja töötukassale.

Töö käigus püstitatakse järgmised uurimisküsimused:

Millised on tööalase rehabilitatsiooni teenuse klientide vajadused ja seonduvad probleemid Põhja-Eesti Regionaalhaiglas?

Millised on tööalase rehabilitatsiooni arendamise vajadused ja võimalused?

Uurimisküsimusest lähtuvalt püstitatakse järgmised uurimisülesanded:

- Anda teoreetilise kirjanduse baasil ülevaade töövõime vähenemise põhjustest ja tööalasest rehabilitatsioonist
- Saada ülevaade tööalase rehabilitatsiooni teenuse praegusest olukorrast Põhja-Eesti Regionaalhaiglas ning tuua välja nii töötukassa kui ka klientide ootused tööalase rehabilitatsiooni teenusele
- Anda ülevaade teenusedisaini spetsiifikast tööalase rehabilitatsiooni kontekstis
- Viia läbi teenusedisaini uuring Põhja-Eesti Regionaalhaiglas
- Tööalase rehabilitatsiooniteenuse disaini uuringu tulemuste põhjal luua Põhja-Eesti Regionaalhaigla parendatud teenuskontseptsioon

Magistritöö koosneb kahest osast. Teooriaosas antakse ülevaade töövõime reformist ja teenuste korraldusest vähenenud töövõimega inimestele nii Eestis kui Euroopas laiemalt. Analüüsitakse varasemates uuringutes väljatoodut ning lisaks keskendutakse magistritöö seisukohast olulisele teenusedisaini teooriale (Design Council, 2014; IDEO, 2015).

Empiirilises osas annab autor ülevaate tööalase rehabilitatsiooni teenuse korraldamise alustest Põhja-Eesti Regionaalhaiglas. Tulenevalt magistritöö eesmärgist viiakse läbi kvalitatiivse suunaga uuring, mis hõlmab endas teooriaosas kajastatud teenusedisaini protsessi. Uuringumeetoditena kasutatakse dokumendianalüüsi, huvigruppide kaardistamist, persoonade, klienditeekonna ja teenusplaani loomist. Viiakse läbi poolstruktureeritud intervjuud tööalase rehabilitatsiooni klientidega Põhja-Eesti

Regionaalhaiglas, ning ekspertintervjuud töövõimet toetavate teenuste peaspetsialisti ning juhtumikorraldajatega Eesti Töötukassas, lisaks koosloome töötuba tööalase rehabilitatsiooni teenust osutavate terapeutidega. Intervjuude eesmärgiks on selgitada välja klientide ning teenust osutava asutuse ja töötukassa ootused tööalase rehabilitatsiooniteenuse osutamisel, samuti tuua välja eri osapoolte nägemus koostöö võimalustest teenuse arendamisel. Lähtudes teoreetilisest taustast ja uuringu tulemustest tehakse ettepanekud tööalase rehabilitatsiooni teenuse edasiseks arendamiseks Põhja-Eesti Regionaalhaiglas.

1. TÖÖALASE REHABILITATSIOONITEENUSE KORRALDAMISE VÄLJAKUTSED JA ARENGUSUUNAD

1.1 Töölane rehabilitatsioon ja seotud osapooled

Töötamine ei ole mitte ainult sissetuleku allikas, vaid mõjutab ka inimese identiteeti ja ühiskonnaelus osalemist. Töövõime vähenemine võib põhjustada probleeme ka teistes eluvaldkondades, seega on oluline mõista kuidas tekib töövõime vähenemine ja mida see endaga kaasa toob. Vähenenud töövõimega inimene vajab töö jätkamiseks ja tööle naasmiseks tuge ning üks võimalusi selleks on töölane rehabilitatsioon.

Vananev tööjõud Euroopas ja krooniliste haiguste levik vanemas vanuserühmas paneb surve alla töökohad ja riikliku sotsiaalkindlustuse, sest tuleb korrigeerida tervise tõttu töölt puudumise süsteeme ning kohandada töökohti nii, et ka krooniliste haiguste ja kergemate terviseprobleemidega inimesed saaksid jätkata töötamist (Austetal, 2012, lk 4; Belin *et al.*, 2016, lk 18). Pikaajalise haiguspuhkuse tagajärjel jäävad inimesed sageli töötuks ja edasi ka töövõimetuspensionile ning ennetähtaegselt pensionile (Aranki ja Macchiarelli, 2013, lk 3), mis on kõik suuremad rahalised kohustused liikmesriikidele, töökohtadele ja ühiskonnale tervikuna (Belin *et al.*, 2016, lk 18). Oluline on kindlustada olemasoleva tööjõu osalemine tööturul ning samuti tööjõu oskuste vastavus tööturu vajadustele. Tööjõu vähenemist võiks aidata leevendada puuetega inimeste senisest suurem kaasamine tööhõivesse (Eesti Puuetega Inimeste Koda, 2018, lk 115-116).

Juba 1955. aastal tunnustasid rahvusvahelised organisatsioonid vajadust edendada ja säilitada puuetega inimeste tööalast konkurentsivõimet. Rahvusvahelised organisatsioonid on hakanud pöörama tähelepanu haiguste ja puude teemadega tegelemisele, et vältida tõsiste terviseprobleemidega inimeste tõrjutust tööturult. Euroopa tasandil on ka ELi töötervishoiu ja tööohutuse ning diskrimineerimisvastase võitluse areng mõjutanud tugevalt riiklikke poliitikaid, mis on seotud vähenenud töövõimega

inimeste töö ja töökoha kohandamisega, kuid millel on olnud vähe mõju riiklikele tööle tagasi pöördumise strateegiatele (Belin *et al.*, 2016, lk 45).

Töövõime kontseptsioon on viimase aastakümnete jooksul muutunud terviklikuma ja mitmekülgsema käsitluse suunas. Lisaks ainult terviseprobleemidel põhinevale definitsioonile on kaasatud ka muud valdkonnad. Töövõime definitsioon sõltub, kas seda käsitletakse tööalase tervise, sotsiaalkindlustuse või rehabilitatsiooni vaatenurgast. Inimese ressursid sõltuvad tervisest, funktsionaalsest võimekusest, haridusest ja kompetentsidest, suhtumisest ja väärtustest. Töö aga hõlmab endas töökeskkonda ja kogukonda aga ka nõudeid ja juhtimist (Ilmarinen, 2009, lk 2).

Töötajaskonna vananemise ja vähenemise trend jätkub terves Euroopas ning peab arvestama tööea pikenemisega (Belin *et al.*, 2016, lk 18). Kõrgema töötajaskonna vanusega, kaasneb ka rohkem kroonilisi terviseprobleeme, mis küll ei pea tingimata mõjutama töö efektiivsust. Kõrges vanuses töötajate toetamisel võivad abiks olla lihtsad kohandused ja/või abivahendid ning toetavad suhted töökohal (Crawford, Davis, Cowie, & Dixon, 2016, lk 8-9).

Tervisekadu võib tekkida järk-järgult (näiteks kroonilise haiguse süvenedes) aga ka ootamatult (õnnetuse või ootamatu haigestumise tagajärjel) ning võib kaasa tuua suured muutused nii igapäeva- kui tööelus. Tõsisema terviseprobleemi korral on suurem tõenäosus kaotada sissetulek ja keeruline on leida tööd. (Vootele *et al.*, 2012 lk 5; Escorpizo *et al.*, 2011, lk, 122). Karin Hanga (2018) on oma doktoritöö raames läbi viidud uurimuses toonud välja, et puudega inimeste üheks peamiseks funktsioneerimisvõimet mõjutavaks teguriks oli terviseolukord. Inimesed ise pidasid terviseolukorra stabiliseerumise tähtsamaks sotsiaalsest või tööalasest osalusest.

Töövõime tähendab tasakaalu töötaja individuaalsete ressursside ja tööl esitatavate nõudmiste vahel. Seda tasakaalu proovitakse leida sageli terve tööelu vältel (Ilmarinen, 2009, lk 2). Tööturule naasmist peaks vaatama laiemalt tervikuna, sest see nõuab head omavahelist koostööd nii tööhõive, rahvatervise, tööohutuse, sotsiaalkindlustuse kui hariduse valdkonnas. Oluline on, et erinevates poliitika valdkondades (nt tööhõive ja tervis) tegutsetakse ühise eesmärgi nimel ja et tegevuskavad on ühiselt välja töötatud (Belin *et al.*, 2016, lk 45).

Töövõime vähenemine paneb rahalise koorma kogu ühiskonnale ning mõjutab kõiki huvigruppe. Lisaks sissetuleku kadumisele võivad töövõime vähenemisega kaasneda ka mitmed muud probleemid nagu alanenud enesekindlus ja eneseväärikus, võib tekkida depressioon ja väheneda sotsiaalne kaasatus (Audhoe *et al.*, 2010, lk 1; Finger *et al.*, 2012, lk 430). Töövõime toetamisel on võtmetähtsusega kõigi tööeluga seotud huvirühmade omavaheline koostöö. Oluline on tahe arendada töövõime säilimist toetavaid mudeleid aga ka mudeleid, mis toetavad tööelus osalemist siis, kui töövõime on juba vähenenud. Eriti oluline on töövõime säilimist toetavad tegevused suunata töötutele, madala haridustasemega inimestele ja noortele täiskasvanutele ning kindlasti tuleb arvestada ka vananeva tööjõuga ja toetada pikemat aega tööturul püsimist. Töövõimelisus ei ole oluline mitte ainult töötamise pärast, vaid tööturul püsimine mõjutab heaolu ka teistes eluvaldkondades. (Gould *et al.*, 2008, lk 173; Gobelet, Franchignoni, 2006, lk 9)

Töölase osaluse ja töövõime piirangute tekke põhjuseks on enamasti mitmed erinevad tegurid, mis võivad lähtuda nii inimesest endast kui ka töökeskkonnast ja tööülesannetest. Tööülesanded hõlmavad nii füüsilisi kui kognitiivseid nõudeid töökohale aga ka töötaja rolle ja harjumusi. Näiteks võib olla haiguse või puude tõttu raskusi tööülesannete täitmisega aga ka töökorralduse tõttu tekkida vigastuse või haigestumise oht või on töökeskkond töötaja vajadustele mittevastav (Dorsey, Ehrenfield, Finch & Jaegers, 2017, lk 1). Raskused ja piirangud tööelus võivad tekkida inimese ja keskkonna dünaamilisel koostoimimisel. Mida kauem on töövõime kaoga inimene töölt eemal, seda väiksem on tõenäosus, et ta naaseb tööle (Waddell, Burton, & Kendall 2008). Seega on vajalik sekkuda varakult, et vältida tööturult eemalejäämist.

Töövõime ei ole igapäevaelust eraldiseisev. Perekond ning sugulased, sõbrad ja tuttavad võivad samuti mitmel erineval moel terve elu jooksul inimese töövõimet mõjutada. Töö- ja pereelu ühildamine on muutunud järjest olulisemaks. Töövõime ei ole ka ainult töötaja ja tööandja probleem. Tähtsat rolli töövõime toetamisel omavad ka ettevõtte juhtimine, personalipoliitika ja suhted kolleegidega (Gould, *et al* 2008, lk 14-20). Vajalik on saada positiivset tagasisidet ja tunda tuge juhtkonnalt ning kolleegidelt, tähtis on võimalus arutada töölaseid eesmärke. Töövõimet toetab võimalus olla oma töös iseseisev, samuti võimalus ennast arendada ja omandada uusi oskusi (Samas lk 168-169).

Töövõime tuumaks on tasakaal isiklike ressursside ja töö iseloomu vahel, kuid seda mõjutavad ka muud faktorid. Oluline mõjutaja on terviseolukord, eriti kui esinevad kroonilised haigused, aga ka suhtumine töösse, samuti vaimsed ja füüsilised nõudmised tööle (Gould *et al.*, 2008, lk 165). Kuigi töötamine on vastunäidustatud või ka võimatu mitmete haiguste-vigastuste puhul (akuutsed seisundid, rasked vigastused), on hulk haiguseid ja vigastusi, mille puhul inimese töövõimekadu ei ole täielik ning inimesel oleks võimalik töövabastuse asemel täita tavapärasest lihtsamaid ülesandeid või täita tööülesandeid osalise koormusega või ka kaugtöö vormis (Loisel, 2005, lk 588).

Tööturule tagasipöördumist raskendavateks asjaoludeks võivad olla vanus, depressioon, raske füüsiline töö, töötus enne haigestumist ja liikumispiirangud ning keerulisem on tööle naasta naistel. Tööle tagasipöördumist toetab kõrgem haridus, positiivne suhtumine taastumisse, hea majanduslik olukord, kergem terviseprobleem ning hästi koordineeritud sekkumised, kus on kaasatud töökoht ja erinevad huvirühmad. Tööle tagasi pöördumisel on positiivne efekt ka tervisele ja üldisele heaolule (Wadell & Burton, 2006, lk 25).

On järjest rohkem tõendeid selle kohta, et töötamine aitab kergemini taastuda haigusest ning toime tulla ka psüühiliste probleemidega (Taskila *et al.*, 2013). Tööle tagasi pöördumisel tulemuslikkuse saavutamiseks on oluline, et multidistsiplinaarne meeskond teeks tihedat koostööd töökohaga ning et sekkumised algaksid juba varakult samaaegselt arstiabiga (Cancelliere, 2016, lk 20; Wade *et al.*, 2010 lk 1). Tööle naasmise toetamisel võib oluline abi olla rehabilitatsiooniteenusest, mis võib tuge pakkuda nii töökoha kohandamisel kui ka terviseprobleemidega toimetulemisel. Tegemist on protsessiga, mis on suunatud puudega ja/või vähenenud töövõimega inimese taastumisele, ühiskonda kaasamisele ja elukvaliteedi tõstmisele.

Rehabilitatsiooni peamine eesmärk üldisemalt on suurendada inimese võimekust tulla toime igapäevaeluga ja saada hakkama elamise, õppimise ja sotsiaalsete suhete valdkonnas. Oluline on kaasatus ühiskonda, tugi igapäevaelu tegevustes ning võimalikult iseseisev hakkamasaamine (WHO 2017).

Üks varasemaid rehabilitatsiooni definitsioone pärineb aastast 1941 ja on sõnastatud G. Jeffersoni poolt: „oskusliku juhendamise planeeritud sekkumine kasutades kõiki võimalikke meetmeid taastamaks nii tervist kui rahulolu igapäevaeluga neil, kes on

saanud vigastuse või taastuvad haigusest“. Peamine eesmärk on aidata pöörduda tagasi ühiskonda võimalikult lühikese aja jooksul. Rehabilitatsioon on keeruline protsess mis nõuab terviklikku vaadet inimesele ja kõrgel tasemel professionaalseid oskusi. Tegemist ei ole ainult füüsilise tervise taastamisega, eluliselt tähtis on ka õnnetunde saavutamine (Siegert, *et al.*, 2015 lk 45).

Varem on rehabilitatsioon keskendunud pigem puudega kohanemisele kui selle kompenseerimisele ja rehabilitatsiooni nähakse kui meditsiiniteenusest eraldiseisvat teenust ning puuet kui eelkõige haigusseisundit. Puudega inimest vaadati pigem kui patsienti. Meditsiinilist rehabilitatsiooni on ka puudega inimesed ise kritiseerinud, kuna see ei arvesta isiksuslikke ja sotsiaalseid faktoreid. Biomeditsiinilises lähenemises nähakse puuet ja haigust ka kui võimetust tööd teha. Kliinilised uurimused on traditsiooniliselt keskendunud haiguste ravile ja valu vähendamisele. Siiski on toimunud nihe meditsiiniliselt kindlaksmääratud mudelitest, et keskenduda rohkem indiviidi, töökoha ja sotsiaalsete tegurite olulisusele puude kujunemisel ja peale haigestumist tööle tagasipöördumisel. Vajadust tööle naasmise toetamiseks on suurendanud pikaajaliste haiguspuhkuste sagenemine ja töövõimetushüvitised (Wadell ja Burton 2005 lk 656; Tjulin 2010 lk 12). Tööle tagasipöördumise protsessi paremaks mõistmiseks otsiti mitmekülgsemaid lähenemisi ja jõuti biopsühhosotsiaalse lähenemiseni, mis hõlmab nii meditsiinilisi kui sotsiaalseid perspektiive (Hanga, 2018, lk 17; Tjulin, 2010, lk 12).

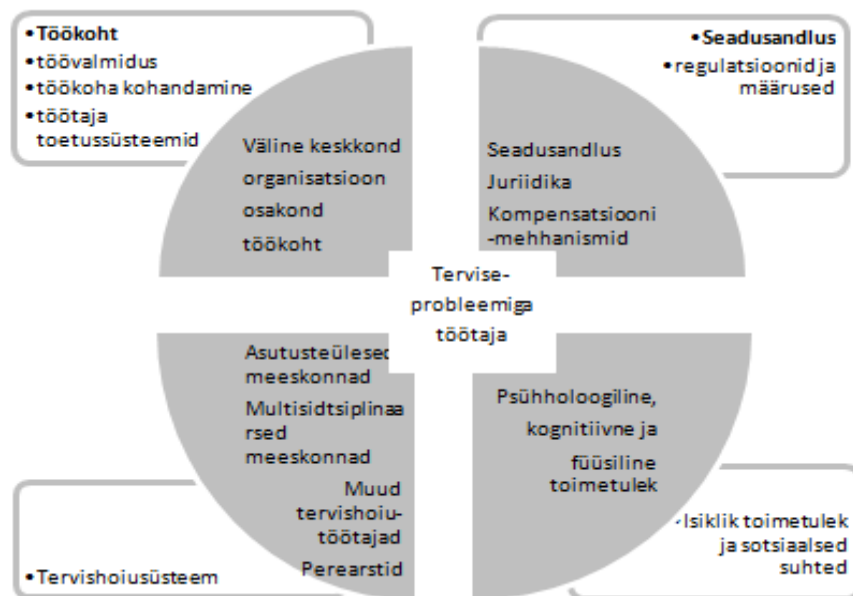
Biopsühhosotsiaalne käsitlus seisneb integreeritud ja terviklikus lähenemises, kus puude mõistmiseks ning rehabilitatsiooni planeerimiseks ja funktsioneerimisvõime arendamiseks on vajalik lisaks terviseolukorraga seotud faktoritele hinnata ka inimese tegevus- ja osalusvõimet, sotsiaalseid ja keskkonna faktoreid ning isiksusest tulenevaid tegureid. Biopsühhosotsiaalse lähenemise puhul arvestatakse tööle tagasipöördumise protsessis nii puude (kehalise funktsiooni) kui psühholoogilise ja sotsiaalse (keskkond) poolega (Hanga, 2018, lk 20; WHO 2019; Gensby, *et al.*, 2018, lk 2). Biopsühhosotsiaalse lähenemise peamised aspektid on välja toodud ka allpool olevas tabelis.

Tabel 1. Biopsühhosotsiaalne lähenemine

Mudel	Sisu
Sotsiaalne	Kultuur, sotsiaalsed suhted, haige olemise roll
Psühholoogiline	Haigusest tulenev käitumine, uskumused, toimetuleku strateegiad, emotsioonid, distress
Meditisiiniline	Struktuurid, funktsioonid, puude kujunemine

Allikas: Wadell ja Burton, 2005, lk 19; Tjulin 2010 lk 13

Siiski on puudusi ka sellel lähenemisel, peamiselt heidetakse ette, et ei arvesta piisavalt sotsiaalse suhtluse osatähtsust ega ka inimese ja töökoha suhestumist (Tjulin 2010). 1990ndatel töötati põhjaliku uurimuse tulemusena Kanadas välja Sherbrooke mudel, mis arvestab nii inimest ennast kui ka teda ümbritsevat keskkonda ja huvigruppe tööle saamise toetamisel (Loisel 2005; Tjulin, 2010, lk 13). Mudelis kajastatud tööle saamisega seotud valdkonnad on kujutatud allpool oleval joonisel 1.



Joonis 1. Sherbrooke mudel (Loisel 2005; Tjulin 2010 lk 13 põhjal)

Mudeli peamine idee on, et tööle tagasipöördumise toetamisel on mitmeid muutujaid, mis mõjutavad protsessi. Selles mudelis on kaasatud personaalsed faktorid, töökoht, tervishoid ja töötajat ümbritsevad kompensatoorsed süsteemid. Mudel rõhutab seda, et kaasatud on mitmed huvigrupid, kellel kõigil on oma arusaam tööle tagasi pöördumise protsessist ja oodatavatest tulemustest (Tjulin, 2010, lk 26; Stahl, 2010, lk 43). See mudel

annab hea võimaluse erinevate süsteemide struktureerimiseks, kuid mudeli rakendamine sõltub siiski iga riigi enda sotsiaalpoliitilistest süsteemidest (Stahl, 2010, lk 45). Sekkumised Sherbrooke'i mudeli kohaselt hõlmavad järgmisi samme: varajane rehabilitatsioon ehk funktsionaalsed teraapiad, kliinilised sekkumised, tööalased sekkumised ja ergonoomika. Programmis osalejale antud soovitused edastatakse ka tööandjale ja muudatuste elluviimise eest töökohal vastutab haigestunud töötaja tööandja. (Loisel *et al.*, 2003, lk 3). Sherbrooke mudel on hea näide, kuidas teoreetiliselt hästi läbimõeldud sekkumised saab edukalt rakendada praktikasse. See mudel annab ülevaate millised osapooled peaksid olema kliendi toetamisel kaasatud, et tööalane rehabilitatsioon võiks olla edukas.

Töölases rehabilitatsioonis peetakse oluliseks eelkõige tervisekaoga inimese toetamist tööle naasmisel või töötamise jätkamisel. Töölase rehabilitatsiooni mõistet on defineerinud mitmed autorid, erinevad definitsioonid on toodud allpool olevas tabelis 2.

Tabel 2. Töölase rehabilitatsiooni definitsioone erinevatelt autoritelt.

Autor	Aasta	Definitsioon
Gobelet <i>et al</i>	2007	Töölase rehabilitatsioon hõlmab meditsiinilist, psühholoogilist ja sotsiaalset aspekti. Rehabilitatsiooniprotsessi raames tegeletakse tööalase hindamise, õpetamise, nõustamise ja juhendamisega.
Escorpizo <i>et al</i>	2011	Tõenduspõhine multidistsiplinaarne lähenemine, mida pakutakse erinevates valdkondades tegevuste ja teenuste raames. Töölase rehabilitatsiooni sihtgrupiks on tööalased isikud, kellel on terviseolukorrast tulenevad probleemid ja piirangud tööülesannete täitmisel. Rõhk tööle naasmise soodustamisel.
Finger	2012	Töölases rehabilitatsioonis kasutatavad sekkumised võivad sisaldada meditsiinilisi, psühholoogilisi, sotsiaalseid ja tööalaseid meetmeid eesmärgiga parendada puudega ja/või vähenenud töövõimega inimese füüsilise, vaimse või sotsiaalset funktsioneerimist selleks, et ta oleks võimeline naasma tööle.
Glässel	2012	Töölase rehabilitatsiooni protsessi käigus püütakse toetada klienti eluga kohanemisel, aidates tal omandada oskusi ja ressursse, mis on nõutud ühiskonnaelus, toetatakse tööle naasmist
Geisen	2015	Töölase rehabilitatsioon on tervisehäirete ja puuetega tööelastele suunatud multiprofessionaalne tõenduspõhine lähenemine, mille põhieesmärk on edendada tööelus osalemist ning aidata töötajal tööle naasta ja tööl püsida.

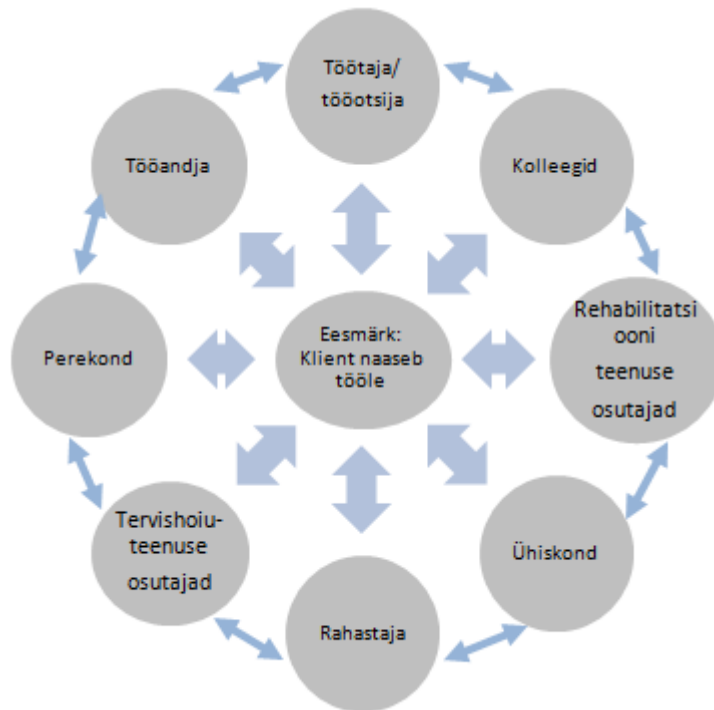
Allikad: Gobelet *et al* 2007, lk 1406; Escorpizo *et al*, 2011, lk 126; Glässel *et al* 2011; Finger *et al* 2012 lk 429; Geisen, 2015, lk 55

Definitsioonides tuuakse välja eelkõige tõenduspõhisust, multidistsiplinaarsust ja seda, et tööle saamise toetamiseks on rehabilitatsioonis kaasatud inimese erinevad eluvaldkonnad, mis tähendab, et töövõime taastamise toetamiseks ei saa tegeleda ainult tööga ega ka ainult meditsiinilise poolega. Ka Loisel (2001) on välja toonud, et ainult meditsiinilistest sekkumistest ei piisa tööle naasmise toetamiseks. Oluline on arvestada inimese kui tervikuga, sh kõikide teda puudutavate eluvaldkondadega.

Viimase 50 aasta jooksul on rahvusvahelisel tasandil muutunud see, kuidas tegeletakse taastusravi ja tööle naasmisega. Kuigi meditsiinilised sekkumised, nagu funktsionaalne taastamine võiksid olla rehabilitatsiooni strateegia peamine osa, on mitmed autorid rõhutanud ka huvirühmade kaasamise tähtsust töökoha tagasipöördumise protsessi juhtimisel (Loisel *et al.*, 2005; van Vilsteren *et al.*, 2015). Loisel, *et al* (2005) on kirjutanud töövõimetuse ennetamise kohta, et mõned sekkumised näiteks tööülesannete ja töökoha kohandamine ja sekkumised ühiskonna ja poliitikate tasandil, on tööpuuduse vähendamisel tõhusad. Strateegiate loomine töövõimetuse ennetamiseks on suur väljakutse, sest kaasatud on palju huvirühmi. Eesmärgiks peaks olema huvirühmade kaasabil uute tõhusate sekkumiste väljatöötamine.

Huvigruppe saab määratleda süsteemiteooriast lähtudes, mille järgi puudega inimest ja nende eluga toimetulekut mõjutavad pere, kogukond, iseseisev toimetulek, töötamine, tervishoiu-ja rehabilitatsiooniteenused ning sotsiaalpoliitiline keskkond. (Power, Hershenson, 2001, lk 339-363) Inimene on osa süsteemist ning süsteemi erinevad osad mõjutavad vastastikku teineteist.

Töölase rehabilitatsiooni osapooled ehk huvigrupid on kõik need, kes on tööle tagasipöördumise protsessiga seotud. Peamiste huvigruppide kindlakstegemine on sekkumiste planeerimisel ja kavandamisel kriitiline samm. Frank *et al* (1996) toonud välja kõige olulisemad huvigrupid töölases rehabilitatsioonis: töötaja, tööandja, tervishoiuteenuse pakkuja ja rahastajad. Teised autorid on tööle naasmisega seotud osapooli rohkem välja toonud: klient ja tema pere, tööturu esindajad, tööandjad, kolleegid, tervishoiuteenuse pakkujad, kogukond, puude ja/või töövõimetoetuse maksjad, riiklikud süsteemid, samuti on oluline keskkond, kus need huvigrupid tegutsevad (Power & Hershenson, 2001, lk 339-363; Franche *et al*, 2005 lk 528-529). Töölase rehabilitatsiooni huvigrupid on kajastatud joonisel 2.



Joonis 2. Huvigrupid tööalases rehabilitatsioonis. Allikas: Young *et al*, 2005, lk 543-546

Erinevatel huvigruppidel on vaatamata ühisele eesmärgile erinevad huvid tööle tagasipöördumise toetamisel. Töötajale võimaldab tööle naasmine lisaks sissetulekute kindlustamisele ja tervisega seotud eesmärkide täitmisele, saavutada enesekindluse, täita olulisi rolle pereelus ja ühiskonnas. Neid aspekte peaks kindlasti kajastama ka tööle tagasi pöördumise protsessi tulemuste hindamisel. Oluline on eduelamus, mis tekib isegi siis, kui esialgu ei suudeta veel täisajaga tööd teha. Tööle naasmise puhul on vajalik tööeluga järk-järgult harjumine ning paindlik töögraafik edasises tööelus. Samuti on vajalikud õigeaegselt saadud meditsiiniteenused, mis toetavad taastumist ja oskused valudega toimetulekuks. Ning vajalik on ka pere ja lähedaste ning vahel ka sõprade kaasatus protsessi (Young *et al.*, 2005 lk 546; Franche *et al.*, 2005 lk 530; Dean *et al.*, 2012 lk 4).

Tööandja eesmärgid on seotud sellega, mis kaasneb töötaja puudumisega, kuidas vältida katkestusi töös ja tagada võimalikult vähene rahaline kadu ning millised on riiklikud toetused ja kindlustused. Samuti huvitab tööandjat, kuidas on koordineeritud tööle naasmise protsess üldisemalt, töökoha kohandused ja muudatused tööülesannetes ning kui hästi toimib suhtlus teiste huvigruppidega. Tööle naasmise edukust võiks tööandja vaatest mõõta kulutõhususega ning tööjõu rahuloluga nii indiviidi kui asutuse tasandil. (Young *et al.*, 2005 lk 546; Tjulin, 2010, lk 312) Seega peab koostöö tööle tagasi

pöördumisel olema ka tööandjale kasulik, siinkohal võiksid näiteks abiks olla riiklikud toetused.

Tervishoiuteenuse pakkuja fookus on enamasti diagnoosil ja terviseprobleemil. Tähtis on kliendi taastumisest saadav positiivne kogemus. Võivad olla ka rahalised huvid – teenuse tulemuslikkus toob rohkem kliente ja võib tagada suurema rahastuse. Tervishoiutöötajad võivad ka hinnata töö sobivust/mittesobivust aga seda ainult siis kui nad on teadlikud töötaja senistest tööülesannetest ja-keskkonnast (Young, *et al.* 2005, lk 548). Tervishoiuteenuse pakkuja all võib mõelda peamiselt perearsti ja eriarste aga ka teenuseid aktiivravihaiglas. Tervishoiutöötajate teadlikkus eeldab nii vastavaid koolitusi ja spetsialiseerumist kui ka kliendi- ja tööandjapoolset valmisolekut koostööks.

Rahastaja hüvitab osaliselt töövõime kaost tingituna vähenenud sissetuleku ning maksab taastumist toetavate teenuste ja kohanduste ning ümberõppe eest. Olenemata sellest, kuidas täpselt toetussüsteemid on üles ehitatud, on erinevate rahastajate ühine eesmärk aidata töötaja tööle tagasi õigeaegselt ja turvaliselt (Tjulin, 2010, lk 314). Oluline on rahastaja ja tööandja ning vähenenud töövõimega inimese omavaheline koostöö, et vajalikud teenused, kohandused ja ümberõpe oleksid organiseeritud õigeaegselt ja annaksid ka soovitud tulemusi.

Ühiskonna eesmärgid ei ole ehk nii konkreetseid kui teiste huvigruppide puhul, kuid siiski kajastuvad need seadusandluses ja erinevate teenuste võimalustes. Ühiskonna huvi on, et tööle saamist toetavad teenused vastavad nõuetele, et tööandja, teenusepakkuja ja töötaja tegevus on seaduslik. Ühiskonna seisukohalt on vajalik vältida pikaajalist sõltuvust toetussüsteemidest. On riike, kus tööandja on kohustatud tegema koostööd vähenenud töövõimega töötajaga, et tagada võimalikult varajane ja turvaline naasmine terviseseisundiga sobivale tööle (Cater, 2000, lk 74-97).

Tähtis on erinevate valdkondade professionaalide nagu tervishoiuteenuste, psühholoogia ja tööturu valdkonna esindajate omavaheline koostöö, et kaardistada võimalused, piirangud ja ravivajadused (Huang *et al.*, 2013). Inimeste jõustamine oma ravi planeerimisel aktiivseks osalemiseks on üha enam peetud efektiivse ravi-ja rehabilitatsiooni nurgakiviks. Kaasatud olemine tagab suurema tõenäosusega eesmärgi

saavutamise ja rahulolu teenuse tulemustega (Dutta *et al.*, 2016; Hibbard & Greene 2013, lk 207).

Töökohaga seotud huvigruppide (tööandja, kolleegid) kaasamine annab rehabilitatsiooni- ja töötervishoiutöötajatele võimaluse hinnata, kas taastusravi ja rehabilitatsiooni võiks jätkata nii, et töötaja suunatakse tööle tagasi ka siis, kui ta ei suuda veel täita kõiki tööülesandeid (Belin *et al.*, lk 28). See eeldab paindlikkust nii töötajalt kui tööandjalt ning tihedat vastastikust suhtlust ka teiste huvigruppidega, et toetada eesmärkide saavutamist.

Huvigrupid soovivad olla teadlikud sellest, millist kasu nemad võivad saada kui panustavad tööle tagasipöördumise protsessi. Young *et al.*, (2005) toovad välja julge hüpoteesi, et kõikidel osapooltel on midagi võita, kui töötaja naaseb tööle turvaliselt, õigeaegselt ja on võimeline olema ka produktiivne. Samuti soovivad huvigrupid, et nad saaksid ka informatsiooni teenuse tulemuslikkuse kohta neile vastuvõetavas ja arusaadavas vormis.

Erinevaid huvigruppe kaasates võib kujuneda probleemiks infopuudus - rehabilitatsiooniprotsessi puudutav informatsioon ei jõua partneriteni ja tekkinud olukorra tulemusena ei ole osapooled kursis püstitatud eesmärkide ja kasutatavate sekkumistega. Infovahetus rehabilitatsioonimeeskonna ja tööandja vahel on eriti tähtis tööle naasmise toetamisel (Finger *et al.*, 2012, lk 430; Jetha, 2016, lk 277). Teenuse mitmekülgsuse tagamine võib keeruline olla väiksemates asutustes. Lahenduseks võib olla teiste asutuste kaasamine ja koostöö võib toimida mitmel erineval moel, nii infovahetusena kui ka võimalusena kaasata spetsialiste. Sujuva koostöö eelduseks on ühised arusaamad ja prioriteedid (Germundsson *et al.*, 2012, lk 508). Seega on tööalasel rehabilitatsioonil oluline roll vähenenud töövõimega inimeste tööellu naasmise toetamisel ja ühiskonda integreerumisel. Edukas ja hästi toimiv rehabilitatsioonisüsteem aitab vähendada kulutusi sotsiaalhoolekandele.

Kõige tähtsamad eesmärgid rehabilitatsioonis on need, mis on olulised kliendile ja ainult nemad ise saavad eesmärgid seada. Teiseks on vajalik teadvustada et kliendi pere, sugulased, hooldajad, sõbrad jne on olulised osalised rehabilitatsioonis (Levack *et al.*, 2015, lk, 3). Rehabilitatsiooni eesmärgid seatakse inimese enda aktiivsel osavõtul, spetsialistil on siinkohal toetav roll. Teenuse saaja võib ise seada väga laia ja üldise

eesmärgi, kuid koostöös spetsialistiga on võimalik sõnastada vajaduspõhised, realistlikud ja mõõdetavad eesmärgid. Kliendi kaasamine teraapiate planeerimisse viib suurema tõenäosusega parema tulemuseni rehabilitatsioonis (Mansfield *et al.*, 2013, lk 2). Rehabilitatsioon on palju rohkem kui ainult füüsiline teraapia (füsioteraapia, tegevusteraapia jne), see on põhjalik töö inimese enda ja tema perega. Teraapiad on ainult üks osa keerukast protsessist. Juba teenuse planeerimisel on oluline arvestada nii kliendi keskkonna, igapäevaelu-ja vaba aja tegevuste, hõivatuse ja produktiivsusega (Esnouf *et al.*, 2010, lk 1141-1147).

Teooriast selgus, millistel põhjustel väheneb töövõime, milliseid eluvaldkondi see mõjutab ja millised on töövõime vähenemise käsitlused. Välja on toodud töölase rehabilitatsiooni olemus ja võimalused tööturult väljakukkumise ennetamiseks. Kirjandusest selgusid töölase rehabilitatsiooniga seotud huvigrupid ja nende olulisus töölase rehabilitatsiooni protsessis. Erinevad autorid on töölase rehabilitatsiooni puhul rõhutanud, et tegemist ei ole eraldiseisva teenusega, vaid teenuse osutamine eeldab mitme valdkonna koostööd.

1.2 Võimalused töölase rehabilitatsiooni teenuse arendamiseks

Töölases rehabilitatsioonis on tegemist haavatava sihtgrupiga – töölase rehabilitatsiooni kliendid on enamasti terviseprobleemidega, mis ei võimalda teha rasket füüsilist tööd ega töötada täiskohaga, samas on osalise tööajaga töökohti vähe ja tööd leida raske. Vähenenud töövõimega kliendile on oluline puhkepauside võimalus ja paindlik tööaeg, sest vaatamata diagnoosile on sageli probleemiks valu. Võimalus töötamisega jätkata pakub majanduslikku kindlustunnet ning võimaldab säilitada sotsiaalset staatust (Hanga *et al.*, 2013, lk 5). Seega peab töölase rehabilitatsiooni teenuse osutamisel arvestama mitmeid aspekte, ei piisa, kui tegeleda ainult terviseprobleemidega, vaid oluline on arvestada kliendi võimekust tööturul osaleda või tööturule siseneda ja abivajadust töökeskkonnas.

Tööandjal peaks olema keskne roll tööle tagasipöördumise toetamisel (Belin *et al.*, 2016 lk 10; Maailma Terviseorganisatsioon, 2002, lk 31). Olulised on sekkumised töökohal – töökoha või töövahendite muudatused, muudatused tööülesannetes ja ka töösuhetes, töötingimused ja keskkond ning tööga seotud juhtumikorraldus, kus on vähemalt töötaja ja tööandja aga ka muud huvigrupid aktiivselt kaasatud (Franche *et al.*, 2005, lk 607).

Mitmed uuringud on välja toonud, et kontakt tervishoiuteenuse osutaja ja tööandja vahel ning töökoha kohandamine lühendab oluliselt töövõime vähenemise kestust (Loisel *et al.*, 2002, lk 807-815) 2016. aastal koostatud Heaolu arengukavas aastateks 2016-2023 on välja toodud, et kvaliteetsed töötingimused toetavad pikaajalist tööelus osalemist ning tööjõu nõudluse ja pakkumise vastavus tagab tööhõive kõrge taseme. Paljud pole veel valmis osalise töövõimega inimesi palkama, sest see võib nõuda organisatsioonis mõningate tööprotsesside ümberkorraldamist või takistab suhtumine, teadmatusel tulenev hirm (Heaolu arengukava 2016-2023).

Euroopa Liidus on välja töötatud ühtne strateegia puuetega inimestega seoses, mis põhineb kolmel sambal: koostöö Euroopa Komisjoni ja liikmesriikide vahel, puuetega inimeste kaasamine ja seadusandluse väljatöötamisel eelkõige puudega inimestega arvestamine. Vaatamata sellele on liikmesriikide suhtumine puuetega inimestesse ja tööellu naasmise toetamisse erinev (Gobelet; Franchignoni, 2006, lk 7: Euroopa Komisjon n.d) Euroopa Liidus on ühtselt välja töötatud ka töötervishoiu ja turvalisuse regulatsioonid (Raamdirektiiv 89/391/EC), vaatamata sellele sõltub töötajate heaolu väga palju riigi ajaloost, traditsioonidest ja sotsiaalmajanduslikust taustast (Belin *et al.*, 2016, lk 54; Hämäläinen, 2008, lk 11) Tööle tagasipöördumise toetamiseks ei pea tingimata olema kõik seadustes kirjas. Näiteks Norras julgustatakse tööandjaid ise looma töötajaid toetavaid süsteeme töökohal (Belin *et al.*, 2016, lk 56).

Euroopa töötervishoiu-ja turvalisuse agentuur (ingl k European Agency for Safety and Health at Work) on teinud põhjaliku analüüsi erinevate riikide rehabilitatsiooniteenustest ja tööle tagasi pöördumise toetamise võimalustest. Vastavalt tööle tagasipöördumist toetavatele süsteemidele on riigid jaotatud nelja gruppi:

- Esimesse gruppi kuuluvates riikides (Austria, Taani, Soome, Saksamaa, Holland, Norra ja Rootsi) on kõikidel töötavatel inimestel õigus rehabilitatsioonile, nii

meditsiinilisele kui tööalasele ning puudub nõue vormistada eelnevalt puue, olemas on kõikidele töötajatele suunatud ennetamise ja rehabilitatsiooni terviklik raamistik ning väärtustatakse varajast sekkumist ja individuaalset lähenemist. Varajase sekkumise tulemusena on enamasti võimalik üheaegselt organiseerida nii meditsiiniline kui tööalane rehabilitatsioon, suur vastutus on tööandjal ja oluline roll juhtumikorraldusel

- Teise gruppi kuuluvates riikides (Belgia, Prantsusmaa, Island, Itaalia, Luxembourg, Šveits, Suurbritannia) on küll loodud tugev raamistik rehabilitatsiooniks, kuid koordineerimine meditsiini ja tööalase rehabilitatsiooni ning töökoha vahel on pigem nõrk, varase sekkumise võimalust pigem ei ole.
- Kolmandasse gruppi kuuluvates riikides (Bulgaaria, Eesti, Iirimaa, Hispaania, Leedu, Ungari, Portugal ja Rumeenia) puuduvad ühtselt koordineeritud sekkumised ning toetus tööle naasmisel on pigem vähene ning teenuste saamiseks peab olema juba määratud puue.
- Neljandasse gruppi kuuluvates riikides (Tsehhi, Kreeka, Horvaatia, Küpros, Läti, Malta, Poola, Sloveenia ja Slovakkia) on rehabilitatsioon mõeldud ainult puudega inimestele ning tööandjaid toetatakse puudega inimeste palkamisel. (Belin *et al.*, 2016, lk 7, 45)

Tööle naasmist ja töötamist toetavate tegurite paremaks mõistmiseks ongi mitmetes riikides kasutusele võetud rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon –RFK (*International Classification of Functioning, Disability and Health, ingliskeelne lühend ICF*). WHO poolt kiideti 2001. aastal heaks RFK klassifikatsioon kui rahvusvaheliselt aktsepteeritud mudel rehabilitatsioonisektoris (Stucki *et al.*, 2007, lk 279). Escorpizo *et al.*, (2015, lk 201) on hinnanud, et RFK annab tervikliku lähenemise tööalasele rehabilitatsioonile, kuna see on piisavalt põhjalik teenuste planeerimiseks, teenuse osutamiseks ning on hea vahend tulemuste mõõtmiseks ja hindamiseks. Tervisekahjustusega inimese töölesaamise edukus sõltub nii mikro (ehk indiviidi) kui makro (ehk ühiskondlikest tasanditest) ning siin saab RFK võimaldada tööalase rehabilitatsiooni valdkonna ekspertidel määratleda töötamist ja töölesaamist mõjutavad tegurid. RFK on üks võimalus tulemuste mõõtmiseks rehabilitatsioonis ja peamine tugevus on see, et arvestatakse keskkonnategureid, mis mõjutavad inimese

toimetulekut koolis ja/või töökeskkonnas (Escorpizo, *et al.* 2015, lk 202; Young *et al.*, 2005, lk 553). Samuti võimaldab RFK kirjeldada funktsioneerimist nii kliendi kui tervishoiu professionaalide vaates (Glässel *et al.*, 2011, lk 168). Erialaülese rehabilitatsiooni planeerimiseks on samuti RFK üks võimalustest. Lisaks professionaalsetele oskustele on oluline ka oskus mõelda väljaspool eriala piire ning oskus töötada meeskonnas (Dean, Ballinger, 2015, lk 47).

Mitmed riigid on näidanud tugevat soovi ja poliitilist valmisolekut kasutamaks RFKd erinevates tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande valdkondades. Põhjalikke uuringuid erinevate RFK vormide praktiliseks kasutamiseks on teinud Saksamaa, Soome, Rootsi, Holland ja Itaalia (Koolmeister, 2016, lk 7). RFK on hea näide mõtteviisi muutusest - ainult puudele ja haigusele keskendumise asemel arvestatakse ka kliendi sotsiaalmajanduslikku keskkonda. Rehabilitatsiooni olulisim tulemus on tööle naasmine ja/või tööga jätkamine ja oluline on keskenduda mitte ainult formaalselt tunnustatud puudele, vaid kõigile neile, kes mingil põhjusel peavad töölt lahkuma (Belin *et al.*, 2016, lk 45)

OECD (2008) toob välja tööandja tähtsust töötajate tervise kaitsmisel ja rõhutab varajase reageerimise tähtsust, et ennetada tõsisemaid terviseprobleeme. Samuti rõhutatakse perearstide rolli tööle tagasi pöördumisel.

2015 aastal töötati Soomes välja programm, mille eesmärk on parandada riiklike tegevuste efektiivsust rehabilitatsiooni planeerimisel ja mida nimetatakse "töölase orientatsiooniga meditsiiniliseks rehabilitatsiooniks". Programmi raames nõustatakse asutusi, kus töötajad puutuvad kokku märkimisväärse füüsilise, vaimse või sotsiaalse pingega, mis võib põhjustada terviseprobleeme ja töövõime halvenemist (Belin *et al.*, 2016, lk 45), õigus töölasele rehabilitatsioonile on kõikidel töötavatel inimestel, fookus on ennetamisel ja varajasel sekkumisel. Sekkumisi tööle tagasi pöördumiseks alustatakse 90 päeva möödudes haiguslehe algusest (Belin *et al.*, 2016, lk 7, 22). Samuti on Carrol *et al.*, (2010, lk 617) välja toonud varajase sekkumise olulisuse, et rehabilitatsioon peaks algama juba haiguslehe ajal. RFK-l põhinevaid hindamisinstrumente on võetud Soomes kasutusele ka väljaspool tööalast rehabilitatsiooni, sealhulgas ka rehabilitatsioonialases nõustamisprotsessis. Nõustamise eesmärgiks on toetada rehabiliteeritavat tervishoiu- ja sotsiaalteenuste süsteemis (Koolmeister, 2016, lk 18)

Saksamaal on tööle tagasipöördumise toetamiseks välja töötatud strateegia, mida nimetatakse terapeutiliseks töö jätkamiseks või klassifitseeritud tööle tagasi pöördumiseks (Graded return to work - GRTW). Saksamaal on GRTW võimalik, kui patsiendid on oma rehabilitatsiooniprogrammi lõpetanud, kuid ei suuda seda veel täita kõiki tööülesandeid. GRTW on määratletud kui terapeutiline meede, mille eesmärk on katsetada ja praktiseerida töökohal. Sekkumine peab algama nelja nädala jooksul peale rehabilitatsiooniprogrammis osalemise lõppu. Kui klient on tööle naasnud, saab tööaega ja ülesandeid järk-järgult suurendada, kuni töötaja on jälle võimeline regulaarsete ja täielike nõudmistega toime tulema (Bethge *et al.*, 2016, lk 496). Teraapiatega jätkamine on oluline ka siis kui ollakse juba tööl tagasi, et oleks aega kohaneda ja töötamisega harjuda.

Rootsis on RFK-d osaliselt rakendatud nii kohalikul, regionaalsel kui riiklikul tasandil. RFK-d on rakendatud nii tervise- ja puudealase statistika kogumisel, tervishoius (sh rehabilitatsiooni ja rehabilitatsiooni valdkonnas), kindlustuses, poliiticate väljatöötamisel või planeerimisel, hariduses, administratiivsete andmete kogumisel (sh terviseandmed), sotsiaalküsimuste valdkonnas, uuringutes, seadusandluses, mõõtmisel või hindamisel (sh töövõime hindamisel), erasektoris ja avalikus sektoris. Lisaks sellele, kasutatakse RFKd vajaduste hindamisel sotsiaalhoolekandes, vanemaealiste ja puuetega inimeste hindamiseks, eesmärkide seadmiseks aga ka sekkumiste tulemuslikkuse jälgimisel, ning samuti kogukonnapõhiste tervishoiuteenuste osutamisel vanemaealistele (WHO 2013). RFK puhul peab siiski arvestama, et see ei ole mõõdik, vaid klassifikatsioon. Mõõtmine ja klassifitseerimine on kaks erinevat lähenemist tervisele ja funktsioneerimisele. Neid lähenemisi saab siiski omavahel siduda, liites RFK-sse olemasolevad mõõdikud või võimalus on ka RFK põhjal mõõdikuid välja töötada (Dean *et al.*, 2012, lk 30-31).

Tulemuste hindamise võimalusena rehabilitatsioonis on Copeland *et al* (2008) välja toonud, et näiteks seljavaluga patsientide puhul füsioterpeudid pigem ei kasuta standardiseeritud mõõdikuid, vaid eelistavad oma enda hinnangut ning kliendi suulist tagasisidet. Andmete kogumine ja tulemusmõõdikute kasutamine võib olla tülikas lisatöö. Aga on olulisi eetilisi, kliinilisi, majanduslikke ja teaduslikke põhjuseid, miks tulemusmõõdikud on olulised.

Nii nagu ka Soomes, on Rootsis õigus töölasele rehabilitatsioonile kõikidel töötavatel inimestel, fookus on ennetamisel ja varajasel sekkumisel. Plaan tööle tagasipöördumise toetamiseks tehakse juba neljanädalase haiguslehe järgselt. Plaani tööle tagasi pöördumiseks teeb tööandja koostöös sotsiaalkindlustusametiga (Belin *et al.*, 2016, lk 7,22, 24). Ühine plaan tööle naasmise toetamiseks koos riiklike süsteemidega toetab nii tööandjat kui töötajat. Õigus rehabilitatsioonile kõikidele töötavatel inimestele on üks võimalusi vältida töövõime vähenemist ja puude väljakujunemist.

Erinevad uurimused on küll välja toonud faktoreid, mis mõjutavad tööle naasmist - tervis, ootused tööle naasmise osas, arusaamine oma võimekusest, suhted kolleegidega, juhtimine, kohandamise võimalused ja nii edasi, kuid ei ole analüüsitud seda, kuidas kõik need erinevad faktorid vastastikku suhestuvad ajas. Jätkuvalt on vajadus analüüsida ja uurida tööle naasmise protsessi keerukust (Jetha, 2016, lk 277).

Mitmed autorid on rõhutatud erinevate teenuste integreerimise olulisust - et tagada inimestele õigeaegne ja tulemuslik teenus, peaksid meditsiiniline ja tööalane rehabilitatsioon olema korraldatud integreeritult. Protsessis võivad olla kaasatud erinevad terapeudid aga ka juhtumikorraldajad, perearst, tööhõivekonsultandid ja teised tööle saamist toetavad asutused (Gobelet *et al.*, 2007; Drake *et al.*, 2003, lk 51). Oluline on leida lahendusi, kuidas nii sotsiaalse- kui ka tööalase rehabilitatsiooni teenuse kaudu pakkuda sobivaid meetmeid terviseolukorra ja aktiivse eluviisi edendamiseks, inimese igapäeva- ja tööelu ümberkorraldamiseks lähtudes terviseolukorrast tingitud piirangutest ning haiguse/puudega kohanemiseks (Hanga, 2018, lk 17).

Rehabilitatsiooniteenuse raames tuleks pakkuda inimestele asjakohast tervisealast nõustamist, arusaadavat informatsiooni ja praktilist oskuste õpet, mis aitaks haigusega/puudega toime tulla, mõista haiguse/puude olemust ja kulgu ning mõju nende enesehinnangule, suhetele jne. Toimetulekut valude, meeleolulanguse, ärevuse, kognitiivsete võimete languse ja erinevate sümptomitega saab õpetada erinevate meetoditega, kas grupis või individuaalselt. Tervisega (sh vaimse tervisega) seotud terapeutilise toetuse pakkumine ning rehabilitatsiooniprogrammid, mis põhinevad selgetel eesmärkidel või erivajaduse liigil (nt rehabilitatsiooniprogramm reumaatilise

haiguse, Parkinsoni tõve, skleroosis multiplexi jt erivajadusega inimestele) võivad aidata lahendada mitmeid kompleksseid probleeme (Hanga, 2018, lk 82).

Rehabilitatsioonis on samuti oluline meeskonna professionaalsus, personali olemasolu, ressursid ja suhtlus väliste huvigruppidega. Süsteemse ja teenuseosutaja keskse praktika välja töötamine on keerukas protsess ning nõuab järjepidevat eesmärgi seadmist, arutelu ja otsuste tegemist ning vajalik on kõigi meeskonnaliikmete panus. Iga meeskonna liige peab olema võimeline analüüsima nii enda panust protsessi kui ka hindama protsessi üldisemalt. (Dean, Ballinger, 2015, lk 47). Rehabilitatsioonis peaks lähtuma kliendikeskusest ja humanistlikust sotsiaaltööst, vajalik on säilitada kliendikesksust ning toetada isiklikku arengut, et klient oleks avatud uutele võimalustele (Tansey *et al.*, 2017, lk 540; Hanga, 2018, lk 26). Rehabilitatsiooniteenuse edukust mõjutab ka kliendi ja nõustaja omavaheline suhe (Gensby *et al.*, 2018 lk 2) Kliendi aktiivne osalus rehabilitatsiooniprotsessis mõjutab otseselt valmisolekut tööle naasta. Rehabilitatsiooni protsess koosneb neljast peamisest osast (Wade *et al.*, 2010, lk 699-704):

- Esmane hindamine
- Eesmärgi seadmine
- Sekkumine
- Lõpphindamine

Kõikides etappides peaks kaasatud olema klient ja tema pere. Teenuse kestel kohtub kliendiga regulaarselt üks meeskonna liige, näiteks juhtumikorraldaja, kes võtab vastutuse koordineerimise eest ja selgitab rehabilitatsiooni protsessi ning on oluliseks lüliks kliendi, tema pere ja meeskonna vahel (Levack *et al.*, 2015, lk 83).

Van Vilsteren, *et al* (2015) on välja toonud, et sekkumised töökohal aitavad töötajatel naasta tööle ja vähendavad haiguspuhkuse kestust aga võivad sõltuda suuresti diagnoosist - sekkumised töökohal olid tõhusad valu ja funktsionaalsuse parandamisel ning luu- ja lihaskonna vaevustega töötajate puhul. Sekkumiste efektiivsus ei olnud siiski ilmne vaimse tervise probleemidega või vähidiagnoosiga töötajatele. Samas Cancelliere *et al.*, (2016 lk 19) on erinevaid uurimusi analüüsides rõhutanud, et sekkumised üldisemalt ei sõltu diagnoosist, vaid tööle tagasi pöördumist mõjutavad muud faktorid. Tööle tagasi pöördumise protsessis on oluline see, kuidas kogu protsess on koordineeritud, samuti

tööülesannete treenimine ja/või väljaõpe, töökohapõhised sekkumised, töökoha kohandamine aga ka erinevate huvigruppide omavaheline kontakt.

Alaselja vaevustega inimeste tööle naasmise võimalusi ja takistusi on analüüsinud Wadell ja Burton (2005, lk 655) ning on välja toonud, et rehabilitatsioon ei tohiks olla eraldi järgmine faas peale seda kui ravi on lõppenud, rehabilitatsiooni põhimõtted peaksid olema integreeritud meditsiinilistesse ja tööalastesse sekkumistesse. Levinumate terviseprobleemide puhul saab rehabilitatsioon olla edukas ainult siis, kui teadvustatakse kliendi kõiki probleeme ja nendega ka tegeletakse. Küsimus ei ole ainult rehabilitatsioonis, vaid oluline efektiivne ja tulemuslik koordineerimine erinevate süsteemide vahel.

Haiguse/puudega kohanemine mõjutab olulisel määral inimese enesehinnangut ja -identiteeti ning seetõttu on vaja rehabilitatsiooniga pakkuda tuge ka emotsionaalse tasakaalu ja eneseusu taastamisel ning oma elu mõtestamisel, arendada valmisolekut muutuseks isikliku elu ja tööga seotud rollides, toetada motivatsiooni ning jõustada inimest, tema lähedasi ja vajadusel võrgustikku. See hõlmab ka üksteise toetamist grupitegevustes. Sotsiaalsete oskuste õpe peaks hõlmama strateegiaid, kuidas tulla toime igapäevaelus ettetulevate keeruliste olukordade ja suhtlemissituatsioonidega, luua ja (taastada) head suhted pereliikmete ja sõpradega ning luua uusi suhteid. See hõlmab julgustamist ja toetust, et inimene võtaks taas osa avalikest üritustest väljaspool kodu. Võtmeteguriks on ressursside leidmine inimesest endast ja tema keskkonnast ning oskuste arendamine inimese reaalses tegevuskeskkonnas (kodus, töökohal jm). (Hanga 2018, lk 170)

Mitmetes Euroopa riikides on tekitanud tööle tagasipöördumisel probleeme arstide, rehabilitatsiooniteenuse pakkuja ning töökoha vaheline koostöö ja koordineerimise puudumine (Belin *et al.*, 2016, lk 10), seega on tulemuste saavutamiseks on oluline seada ühine eesmärk ning tagada toimiv infovahetus koostööpartnerite vahel (Finger *et al.*, 2012). Infovahetuse võib keerukaks muuta see, et peab siiski arvestama ka isikuandmete kaitsmisega.

Eesmärgi püstitamise teooria järgi on eesmärk põhiline töömotivatsiooni allikas ning spetsiifilised ja piisavalt rasked eesmärgid on motiveerivad ja suurendavad

tulemuslikkust. Samas viivad rasked eesmärgid tulemuslikkusele ainult siis, kui need on omaks võetud. Seega on eesmärkide seadmisel tähtis inimese enda osalemine (Luneberg 2011, lk 1). Siiski peab arvestama, et termin „eesmärk“ on suhteliselt kergelt mõistetav terapeudile, kuid võib hoopis segadust ja vastumeelsust tekitada inimeses, kes teenust kasutab (Van de Weyer *et al.*, 2010). Kliendiks saamine algab sellest, kui midagi oma elus tajutakse probleemina, mis vajab lahendust. Kui klient tuleb teenusele, peab lähtuma eelkõige tema vajadustest, sest vajadus motiveerib eesmärki saavutama (Payne, 1995, lk 15-25).

Rehabilitatsiooniteenuse puhul on tähtis meeskondade mitmekülgsus, et ühes meeskonnas on saadaval mitmed erinevad teenused. See aitab paremini toetada klienti ja ennetada väljalangemist. Suuremad meeskonnad saavad pakkuda mitmekesisist abi, mis on vajalik kliendi toetamiseks. Erinevaid teenuseid pakkuvatel meeskondadel on rohkem võimalusi selleks, et tuua süsteemi tagasi klienti, kes on teenuselt välja langenud tervislikel või muudel põhjustel (Drake *et al.*, 2003). Sageli vaadatakse mööda ka muu personali tähtsusest – koristajad, vastuvõtupersonal, sekretärid jt, neid ei nähta meeskonna liikmetena, kuid neil on sageli oluline roll teenuse sujuvas kulgemises. Samuti peab arvestama, et meeskonna liikmed on ka klient ja tema lähedased (Dean, Ballinger, 2015, lk 47).

Võimalikult varajane sekkumine on oluline, sest mida kauem on inimene tööturult eemal, seda väiksem on naasmise tõenäosus. Seljavaluga patsientide puhul on välja toodud, et 50% naaseb tööturule peale pooleaastast eemalolekut ja kõigest 30% peale aastast eemalolekut. kauem on töötaja tööturule eemal, suurem on ka tõenäosus, et tekivad muud kaasuvad probleemid: vaimse tervise probleemid, sotsiaalsed raskused, keeruline toime tulla igapäevaeluga (Abenhaim *et al.*, 2000; MacEachen 2010; lk 350-359).

Keerulised ja liigse bürokraatiaga süsteemid võivad muuta tööle tagasi pöördumise raskeks ning süsteemides mitteorienteerumine võib kaasa tuua negatiivsed tagajärjed. Protsessi edukust võivad takistada liigne paberimajandus, puudulikud terviseandmed, tööandja reeglid, liiga hiline teenusele suunamine (MacEachen *et al.* 2010; 350-359). Kui teenust vajaval inimesel puuduvad oskused ja energia paberimajandusega tegelemiseks, võivad toetused ja teenused saamata jääda, lihtsam on keerukast asjaajamisest loobuda. MacEachen *et al.* (2010, lk 359) on probleeme tööturule naasmisel lausa kirjeldanud

väljendiga „mürGINE doos“, see tähendab, et asjaajamiste keerukus võib lõpptulemusena kaasa tuua hoopis suuremad probleemid, kui need, mis kaasnevad esialgse terviseprobleemiga.

Eduka rehabilitatsiooni peamised komponendid on toodud allpool oleval joonisel 3.

Edukas rehabilitatsioonisüsteem				
Integreeritud ja valdkondade-ülene seadusandlus ennetus tööaeg töötervishoid	Kaasavad süsteemid rehabilitatsioon mõeldud kõigile töötavatele inimestele	Varajane sekkumine varajane tööväimehindamine haigushüvitiste vältimine suhtlus tööandjaga haigushüvitise ajal	Individaalne lähenemine töökoha kohandamine sotsiaalne tööalane rehabilitatsioon	Suurem roll tööandjal Juhtumikorraldus koordineerimine igas etapis multidistsiplinaarsed meeskonnad

Joonis 3. Edukas rehabilitatsioonisüsteem (Bóla 2013; Copsey 2013 põhjal)

Eduka töölase rehabilitatsiooni tagamiseks on oluline see, et riiklikul tasandil on tagatud vajalike teenuste õigeaegne kättesaadavus. Aga ka see, et teenused on efektiivselt koordineeritud ja kliendile arusaadavalt korraldatud.

1.3 Teenusedisaini protsess ja meetodid lähtuvalt töölase rehabilitatsiooni spetsiifikast

Töölase rehabilitatsiooni teenuse planeerimisel tuleb arvestada erinevate osapooltega, kellest on lähemal juttu eelnevates peatükkides. Selleks, et teenus oleks tulemuslik kõikide osapoolte vaates, on vajalik teenuse osutamine põhjalikult läbi mõelda. Üks võimalusi praeguse olukorra analüüsimiseks ja teenuse osutamisega seotud probleemide lahendamiseks on kasutada teenusedisaini tööriistu.

Oluline on arvestada kliendi ootuste ja vajadustega, samal ajal silmas pidades ka seda, et teenused oleksid asutusele efektiivsed ja tõhusad ning tagaksid konkurentsivõimelisuse

turul (Mager & Sung, 2011, lk 1-3). Teenusedisain aitab mõista ning luua teenuseid ja nende pakutavat väärtust teenuse kasutaja seisukohast.

Üks olulisemaid aspekte teenuse pakkumise juures on sidusrühmade (eelkõige pakkujate ja klientide) vastastike suhete põimimine (Secomandi ja Snelders 2011, lk 29). Samad autorid toovad välja, et teenuse disain eeldab, tänu oma kliendikesksuse loomumomadusele, et disaini keskmeks on inimeste kogemused ja puutepunktid. Kliendid on keerulised, neil on erinevad vajadused ja ootused isegi sama teenust kasutades (Moritz, 2005, lk 128). Siiski on võimalik kliendikogemusi kaardistades ja analüüsid luua teenus, mis vastab võimalikult paljude klientide vajadustele.

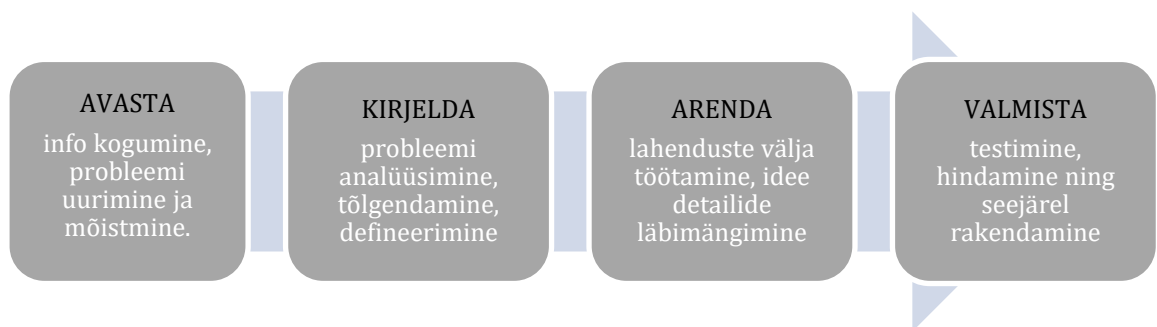
Autor kasutab lõputöös peamiselt kvalitatiivseid uurimisviise ning andmekogumismeetoditeks poolstruktureeritud intervjuud, dokumendianalüüs. Plaanis oli läbi viia fookusgrupi intervjuud märtsi keskpaigas, kuid alates 12. märts -15. mai ei saanud kliendid eriolukorra tõttu enam tööalase rehabilitatsiooni teenusel osaleda. Eriolukorra kuulutas seoses ülemaailmse COVID 19 pandeemiaga välja Eesti Vabariigi Valitsus 12. märtsil 2020.

Klientide kogemuste uurimiseks on läbi viidud individuaalintervjuud telefoni teel. Tööalase rehabilitatsiooni puhul on ekspertideks töötukassa töövõimet toetavate teenuste peaspetsialist ja juhtumikorraldajad, kes suunavad rehabilitatsiooniteenusele, sisendi annavad kliendid, kui teenuse tarbijad. Intervjuu annab võimaluse lühikese aja jooksul koguda erinevaid vaatenurki, arengusuundi ja hoiakuid valdkonna suhtes, eeldades vestluse juhtimise oskust ja oluliste nüansside ära tundmist (Moritz, 2005, lk 190). Kõikidest teenust mõjutavatest osapooltest annab ülevaate huvirühmade kaart, mis aitab selgitada erinevate huvigruppide vahelisi suhteid ning nende eelistusi, vajadusi ja huve (Samas., lk 181).

Teenuste loomisel tuleb silmas pidada ja arvestada klientide kogemusi (Design Council, 2005). Trischler ja Scotti (2016, lk 735) arvates on keeruliste avalike teenuste süsteemide kujundamisel abiks üksteist täiendavad disainimeetodid - intervjuud, vaatlus, koostöövõrgustiku kaardistamine, puutepunktide analüüs ja persoonade koostamine. Samad autorid leidsid ka seda, et koosloomine on teenusesüsteemi keskmeks, mis

tähendas vajadust töötada välja suunised klientide süsteemseks kaasamiseks avalike teenuste disainimisse, see võimaldab kujundada avalikke teenuseid viisil, mis toetavad paremini kliente ja aitavad luua soovitud teeninduskogemust.

Töölase rehabilitatsiooni valdkonna praegusest olukorrast ülevaate saamiseks, probleemide tuvastamiseks ja arendusvajaduse väljaselgitamiseks on plaanis kasutada Briti Disaininõukoja ((Design Council 2015, lk 6-10) poolt tutvustatud disainiprotsessi mudelit - Topeltteemant (*Double Diamond*), mis jagab disainiprotsess neljaks sammuks. Kaks esimest sammu on probleemi täpse olemuse mõistmiseks ja kaks järgnevat lahenduse loomiseks (Design Council 2007; Karu 2015 lk...). Design Council (2007) poolt esitatud mudeli etapid, on kujutatud allpool oleval joonisel 4:



Joonis 4. Topeltteemanti etapid (autori koostatud Design Council 2015, lk 7 põhjal)

Disainiprotsess algab kliendi vajaduse või probleemi uurimisega. Selleks on vajalik koguda võimalikult palju infot, et tuvastada kitsaskohad. Seejärel saab andmed koondada ning probleemi sõnastada ja liikuda lahenduste suunas (Moritz, 2005, lk 121-127). Tõenäoliselt selgub tulemuste hindamise käigus, et vaja on viia ellu erinevaid muudatusi, mistõttu võiks järgida pideva parendamise protsessi.

Tabelis 3 on disainiprotsessi etapid välja toodud töölase rehabilitatsiooni arendusprotsessist lähtuvalt.

Tabel 3. Disainiprotsess ja kasutatavad meetodid tööalase rehabilitatsiooni kontekstis

Etapi nimetus	Teenuse disaini meetodikad
Avasta	Info kogumine - dokumendianalüüs, kodulehtede analüüs, ekspertintervjuud
Kirjelda	Info analüüsimine, probleemide täpsustamine, kliendiintervjuude põhjal persoonade, empaatiakaardi loomine, väärtuspakkumine
Arenda	Lahenduste väljatöötamine, koosloome töötuba, klienditeekonna täiendamine
Valmista	Soovitused, ettepanekud teenuse edasiseks arendamiseks, teenuseplaan, ärimudel

Allikas: autori koostatud Design Council, 2014; Moritz, 2005 põhjal

Avasta etapis alustatakse dokumendianalüüsiga ning uuringu raames kogutakse kvalitatiivseid andmeid ning saadakse ülevaade tööalase rehabilitatsiooni olemusest, teenuse osutamise nõuetest ning valdkonna peamistest probleemidest. Moritz (2005, lk 123) toob välja, et etappide vahel võib antud mudeli puhul liikuda edasi-tagasi vastavalt vajadusele.

Dokumendianalüüsi tulemuslikuks teostamiseks peab olema juurdepääs organisatsiooni nii avalikele- kui sisedokumentidele (Moritz, 2005, lk 190). Dokumendianalüüsi raames sünteesitakse ja mõtestatakse saadud informatsiooni (Brown 2009, lk 236).

Kirjeldamise etapis antakse arendatavale teenusele strateegiline raamistik ja defineeritakse, mis suunas liikuda ja mida on vaja edasi teha (Moritz 2005, lk 128). Kirjeldamise etapis kaardistatakse klienditeekond nii nagu see praegu on. Klienditeekond sobib hästi teenuse kasutajate kogemuste ning teenuse erinevate aspektide kaardistamiseks. Klienditeekond on kliendikogemuse summa. See hõlmab klienditeekonna faase, inimesi, kellega nad kokku puutuvad, emotsioone, mida kogevad ja puutepunkte. Klienditeekonnil saab välja tuua ka ettepanekud teenuse parendamiseks (Boyd et al., 2012, lk 78). Klienditeekonnil saab välja tuua nii selle, mis on kliendile nähtav aga ka selle, mis toimub taustal ja mida klient ei näe (Design Council 2015). Klienditeekond võimaldab aru saada, mis kliendiga tegelikult toimub, võrrelda seda teenuseosutaja ootustega ning tuvastada lüngad ja kitsaskohad, mis võivad kahjustada

teenuse toimimist (Boyd et al., 2010, lk 48; Moritz, 2005, lk 188). Kitsaskohtade tuvastamine ja nende eemaldamine on teenuse seisukohalt võtmetähtsusega: teenuse saamine kliendi jaoks olema lihtne ja mugav.

Arendamise etapis luuakse lahendusi ja prototüüpe, mida saab testida ja vajadusel teha parandusi. Sellele järgneb lahenduste väljatöötamine ja ettepanekute tegemine ning parendatud teenuskontseptsiooni väljatöötamine. Kõiki teenuseid tuleb osutada lähtuvalt kliendi vajadustest ja eesmärkidest, mitte teenuseid pakkuva organisatsiooni juhtimise põhimõtetest või väljakujunenud traditsioonidest lähtuvalt (Design Council 2014).

Valmista etapis luuakse parendatud teenuskontseptsioon. Teenuse kontseptsiooniga formuleeritakse see, mida ja kuidas tehakse ja kuidas see sobib teenusepakkuja strateegia ja kliendi vajadustega (Design Council 2014). Teenuseplaan hõlmab teenusepakkuja peamisi tegevusi, kokkupuutepunkte, kanaleid, klienditeekonda, teenuse peamisi etappe jne (Samas, lk 19).

Meetodidest kasutatakse persoonade loomist, empaatiakaardi, väärtuspakkumise, parendatud klienditeekonna koostamist. Persoon on väljamõeldud tegelane, kellel on kindel eesmärk, ta peab mõjuma usutavana. Persoon kujutab endast tüüpkliendi portreed ja selle loomise eesmärgiks on muuta eelnevatest uuringutest saadud info arusaadavaks. Teenusedisaini protsessi käigus on oluline luua mitu persoonat, kes annavad pildi erinevatest teenuse kasutajatest (Rosenbaum et al, 2016; Klaar, 2014, lk 38). Persoon paremaks mõistmiseks on hea empaatiakaart, see aitab mõista, mida klient näeb ja tunneb ning milliseid raskusi võib kogeda. Persoon ja empaatiakaart aitavad luua klienditeekonda (Klaar, 2014, lk 40).

Ärimudeli kaardistamiseks on analüüsitud, milliste innovaatilist ärimudelitega on sarnasusi Regionaalhaigla teenuste pakkumisel. SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla pole kasumit taotlev ettevõtte, vaid avalike (haigekassa, töötukassa, sotsiaalkindlustusameti rahastus) vahendite eest teenust pakkuv organisatsioon. Regionaalhaigla tööalase rehabilitatsiooni teenuse olemuse ja teenuste seast võib leida suurima ühisosa kahe Business Model Navigator raamatus kirjeldatud ärimudeliga. Shop in Shop ärimudel kirjeldab võimalust kasutada enda tegevuse läbiviimiseks teise teenusepakkuja pinda. Klassikaliselt võttes üks ettevõtte, kasutab teise - tavapärasemalt suurema- asutuse pinda.

Rendileandja saab kasu pakutavate toodete ligitõmbest ja/või rendist. Rendilevõtjale on odavam ning lihtsam rentida pinda kui avada näiteks eraldi pood, mis ei pruugi olla "tõmbekeskuses". Sellise ärimudeli puhul saab väiksem osapool disainida enda toote/teenus pakkumist ja eksponeerimist. Tegemist on mõlemale poolele kasuliku olukorraga (Gassmann, Frankenberger, & Csik, 2014, lk 294-298).

Regionaalhaigla taastusravikeskuse puhul on tegemist ühe Regionaalhaigla üksusega, kuid teenuste portfelli erineb märkimisväärselt tavapärastest haigla tegevustest. Taastusravikeskus pakub enda teenuseid nii haigla siseselt kui ka väljaspoole haiglat. Tegemist on mõlemale poolele kasuliku olukorraga. Taastusravikeskusel on tagatud püsiv klientuur ja Regionaalhaigla teistel osakondadel on asutusesiseselt võimalik kliente suunata erinevatele teenustele. Samas on võimalus müüa teenuseid ka majast välja kasutades haigla kaasaegset infrastruktuuri.

Lisaks võib sarnasusi leida ärimudeliga Solution Provider, mille eesmärk on pakkuda kogu teenuste ahelat ühe teenuseosutaja juurest. Klassikaliselt toimib ärimudel selliselt, et pakutakse teenuseid ja konsultatsiooni ning selleks tarvilikke kaupu ja varuosi ühest kohast. Solution Provider ärimudelit kasutavad teenuseosutajad soovivad pakkuda klientidele kõiki lahendusi ühest kohast (Gassmann *et al.*, 2014, lk 299-303). Töölases rehabilitatsiooni teenusel Regionaalhaiglas võib mudeliga sarnasusi leida arvestades, et teenus on suure haigla üks üksustest. Klient saab teenuseid alates haigestumisest kuni tööle naasmiseni ühest kohast.

Lisaks on kaardistatud ärimudel Osterwalderi *Business Model Canvas* põhjal. Ärimudel koosneb üheksast osast: kliendisegmendid, väärtuspakkumised, kanalid, kliendisuhted, tuluvood, põhiressursid, peamised tegevused, peamised partnerid, kulustruktuur, need hõlmavad nelja peamist valdkonda: kliendid, pakkumised, taristu ja majanduslik elujõulisus (Osterwalder & Pigneur, 2014, lk 14).

Teenused aitavad klientidel täita funktsionaalseid, sotsiaalseid, emotsionaalseid rolle või rahuldada vajadusi. Seda nimetatakse teenuse väärtuspakkumiseks (Osterwalder, Pigneur, Bernarda & Smith, 2014, lk 29). Väärtuspakkumine on organisatsiooni poolt kliendile pakutavate hüvede (hind, kättesaadavus, mugavus jms) kogum (Osterwalder & Pigneur, 2014, lk 23). Väärtuspakkumise näitlikustamiseks ja sisu paremaks mõistmiseks

kasutatakse väärtuspakkumise lõuendit (Osterwalder, Pigneur, Bernarda, & Smith, 2014, lk 8), mis aitab lihtsamini mõista väärtust, mida pakutakse teistele huvigruppidele, näiteks koostööpartnerid, kogukond, või rahastajad.

Teenusega lähemalt ja kaudsemalt seotud rühmade vaatepunktist ja vajadustest võimaldab ülevaate saada huvirühmade kaart. Huvirühmade kaart on hea võimalus teenuseid paremini mõista ning kindlaks teha võimalikud probleemid ja väljakutsed teenuse osutamisel (Altuna and Jun, 2014; Boyd et al., 2010, lk 74). Huvirühmade kaart asetab teenuse laiemasse konteksti ning aitab paremini arvestada teenuse parendamisel või uue teenuse väljatöötamisel erinevate osapoolte huvidega ning annab ka ülevaate osapoolte omavahelistest suhetest. Huvirühmade kaardistamiseks on kõigepealt vaja kindlaks teha ning visuaalselt kaardistada huvitatud osapooled ja seejärel kindlaks teha nende omavahelised suhted ning vastastikune mõju (Stickdorn & Schneider, 2010 lk 339)

Töölase rehabilitatsiooni teenuseid arendades, peab arvestama teenuse saaja kui vähenenud töövõimega inimesega. Pikalt tööturult eemal olemine on mitme valdkonna probleem, mis ei tulene ainult vähenenud töövõimega inimesest endast, vaid on seotud ka ümbritsevast keskkonnast tulenevate faktoritega nagu töökoht, tervishoiusüsteem ning kompensatoorsed süsteemid ja sellest, kuidas need seotud huvirühmad omavahel suhestuvad (Durand, *et al.*, 2002, lk 192). Ka joonisel 1 on tööalast rehabilitatsiooni kirjeldatud kui teenust, kuhu on kaasatud mitmed erinevad osapooled ning teenuste arendamisel peab ka sellega arvestama.

Tööalane rehabilitatsioon on vaid väike osa suurhaigla tegevusest. Sellest hoolimata on teenus regionaalhaiglale kasulik, sest see rikastab haigla teenuseportfelli ning annab võimaluse tagada terviklikuma klienditeekonna, kus ühe asutuse piires on võimalik toetada inimest alates esmahaigestumisest kuni tööle naasmiseni. Et kaardistada asutuse tugevused ja nõrkused, on läbi viidud SWOT (tuleneb sõnadest Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats – tugevused, nõrkused, võimalused ja ohud) analüüs. SWOT analüüs võimaldab kaardistada asutuse olukorda enne, kui hakatakse planeerima uuendusi. Selline analüüsimine võimaldab läbi mõelda, mis toimib ja mis mitte ja seega ka vältida läbikukkumist (Mindtools n.d; Palov, 2004, lk 2). Makrokeskkonna analüüsimiseks on koosloome töötoas läbi viidud PEST-analüüs. PEST tuleb

inglisekeelsetest väljenditest „Political”, “Economical”, “Social” and “Technological“ ja selles keskendutakse poliitiliste, majanduslike, sotsiaalsete ja tehnoloogiliste muutuste ning nende seoste analüüsimisele. Makrokeskkonna tegurid võivad organisatsiooni mõjutada eeskätt kahel moel: pakkuda võimalusi või kujutada endast ohte. Makrokeskkonna info kajastab enamasti minevikku. Kuna minevikku kajastavad andmed ei anna infot tuleviku kohta, tuleb arvesse võtta ka makromajanduslikke prognoose (Pavlov, 2004, lk 4). Rehabilitatsiooniteenused on kompleksed ja nõuavad erinevate osapoolte koostööd, sellega peab teenuste disainimisel arvestama. Samuti peab lähtuma süsteemi keerukusest ning arvestama seadusandluse, erinevate regulatsioonide ja tulevikusuundumustega.

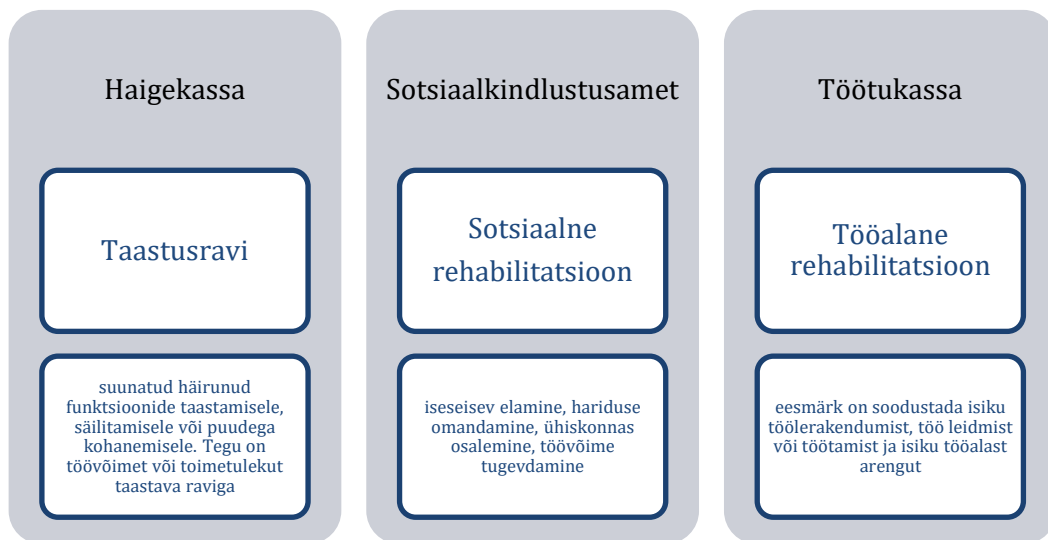
Teenuste arendamisel oluline mõista teenuse kasutaja vajadusi ning sellest tulenevalt disainida paremad lahendused. Teenusedisaini etappide jooksul liigutakse olemasoleva olukorra kaardistamisest uute ja efektiivsemate lahendusteni. Teenust analüüsid on võimalik mõista paremini klientide vajadusi ja pakkuda paremat teenust. Teenusedisain võimaldab arendada tööalase rehabilitatsiooni teenust arvestades selle eripäradega. Olulisemad märksõnad on erinevate valdkondade koostöö, kliendi ja teenuseosutaja ning rahastaja ootuste ja vajadustega arvestamine.

2. TÖÖALASE REHABILITATSIOONI TEENUSE ANALÜÜS JA PARENDUSVAJADUSTE VÄLJASELGITAMINE

2.1. Ülevaade tööalase rehabilitatsiooni teenuse korraldusest Eestis ja Põhja-Eesti Regionaalhaiglas

Eestis tuli tööalase rehabilitatsiooni mõiste kasutusele seoses töövõimereformi algatamisega. Alates 2016. aastast hakati osalise töövõimega tööealistele isikutele pakkuma tööalast rehabilitatsiooni, mis on üks osa töövõimereformist. Sotsiaalministeeriumi kodulehel on välja toodud, mis on töövõimereformi eesmärk: Töövõimereform toetab vähenenud töövõimega inimeste täisväärtuslikku elu. Reformiga uuenes töövõime hindamine, toetuste süsteem ja teenustevalik ning süsteemi haldamise võttis üle töötukassa (Sotsiaalministeerium 2016). Enne töövõime reformi rakendumist sai töötamine või tööle asumise soodustamine vähe tähelepanu. Varem oli rehabilitatsiooniteenuse eesmärk pigem iseseisva toimetuleku toetamine (Palmet 2014 lk 21).

Eestis on praegu eraldi meditsiiniline (taastusravi), sotsiaalne ja tööalane rehabilitatsioon, ühtne rakendusasutus puudub ning nende pakkumisel lähtutakse erinevatest põhimõtetest. Meditsiinilist rehabilitatsiooni (ehk taastusravi) finantseerib ja korraldab Eesti Haigekassa, sotsiaalset rehabilitatsiooni Sotsiaalkindlustusamet ja tööalast rehabilitatsiooni Eesti Töötukassa. Kliendi liikumine rehabilitatsioonisüsteemis on välja toodud ka joonisel lisas 4. Samas on palju inimesi, kes liiguvad ühelt teenuselt teisele ning kelle puhul on vajadus olukorra tervikhindamise järele – nt millised jätkuteenuseid või abivahendeid on vaja (Astangu Kutser rehabilitatsiooni Keskus 2018). Ülevaade rehabilitatsiooniteenuste korraldusest on näha ka allpool oleval joonisel 5.



Joonis 5. Rehabilitatsioonisüsteem Eestis (Sotsiaalkindlustusameti, Töötukassa ja Haigekassa kodulehtede põhjal)

Erinevate teenuste eesmärgke vaadates on näha, et töövõime taastamisega tegelevad kõik teenused, aga teenuste sisu peaks olema siiski erinev. Sotsiaalkindlustusameti kodulehel on konkreetselt välja toodud, et „sotsiaalne rehabilitatsioon ei ole taastusravi, seal ei tegeleta inimese ravimisega“. Veel on välja toodud, et rehabilitatsiooniteenuse tulemuslikkuse eelduseks on alati inimese aktiivne osalus ning passiivsed protseduurid nagu massaaž, ravivann, soolakamber, külmaravi jmt ei kuulu rehabilitatsiooniteenuste hulka (Sotsiaalkindlustusamet, n.d). Siiski paljud teenused, mida rahastatakse on suures osas samad – füsioteraapia, tegevusteraapia, arsti teenus, õe nõustamine, psühholoogi teenus, logopeedi teenus, sotsiaalses ja tööalases rehabilitatsioonis on lisaks veel loovteraapia teenus ja eripedagoogi teenus. Küll aga peaks nende teenuste sisu olema eri teenuste raames erinev. Rehabilitatsiooniteenuseid analüüsid on Sotsiaalministeerium toonud juba 2008. aastal välja, et suur hulk sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse saajaid vajavad tegelikult taastusravi. Samas uurimuses toodi välja ka huvigruppide, eelkõige rahastajate ja teenusepakkujate vahelise infovahetuse olulisus kliendi vajaduste kohta (MoSa, 2008)

Inimesel on rehabilitatsioonisüsteemi keerukas mõista ning keeruline on saada vajalikke teenuseid õigel ajal. Riiklikul tasandil on alustatud rehabilitatsiooniteenuste integreerimise ja ümberkujundamisega. Plaanis on välja töötada kliendikeskne rehabilitatsiooni-ja taastusravisüsteem, kus ressursse kasutatakse otstarbekalt ning

kliendil on teenustevahelist liikumist lihtsam mõista (Koolmeister, 2016, lk 13). Praeguseks on läbi viidud või piloteerimisel mitmed erinevad arendusprojektid rehabilitatsioonisüsteemi analüüsimiseks. 2019. aastal lõppes pilootprojekt „RFK kasutamine meditsiinilises, sotsiaalses ja tööalases rehabilitatsioonis ning abivahendi vajaduse hindamisel“. Projekti üheks eesmärgiks oli klienditeekonna lihtsustamine erinevates rehabilitatsioonisüsteemides liikumisel. Projekti lõpptulemusena nähakse vajadust RFK kasutamist piloteerida ka edaspidi, et jätkata ettevalmistusi RFK-kasutuselevõtuks valdkondade üleselt st. taastusravis, sotsiaalses ja tööalases rehabilitatsioonis (RFK kasutamine...2020).

Rehabilitatsioonist ja taastusravist süsteemse ülevaate saamiseks viib ka haigekassa läbi auditit seoses erinevate teenuste osutamisega, et jälgida klientide teenusevajadust ja liikumist teenuste vahel (Haigekassa, n.d). Samuti on haigekassa eestvedamisel hakatud disainima insuldijärgse kliendi teekonda, et muuta see sujuvamaks ja kliendisõbralikumaks, ning et oleks tagatud õigeaegne ja süsteemne infovahetus eri osapoolte vahel. Dr Andrus Kreisi sõnul on seni olnud ajuinfarkti põdenud haigel oht sattuda „auku“ haigla aktiivravi (nagu insuldiüksus, järelravi, taastusravi) ja perearsti vahel, mis põhjustab sageli preventsiivivõtete katkemise või moonustumise. „Lisaks võib tekkida „auk“ meditsiinisüsteemi ja sotsiaalsete teenuste vahel, mille tulemusena võivad jääda haiged ja sugulased omapead, teadmata, mida teha edasi või kust saab abi erinevate igapäevaelu probleemide lahendamisel (Regionaalhaigla 2020). Sama probleem ei ole mitte ainult insuldi järgselt, vaid ka muude diagnooside puhul, et õigeaegselt jääb oluline info erinevate teenuste kohta saamata ning on oht teenustelt välja kukkuda.

Töölane rehabilitatsioon on mõeldud inimestele, kellel on puude või haiguse tõttu mitmeid takistusi ja kes vajavad seetõttu tööle asumiseks või töötamise jätkamiseks erinevate spetsialistide ehk rehabilitatsioonimeeskonna abi. Töölase rehabilitatsiooni teenus on mõeldud täisealistele inimestele (alates 16. eluaastast kuni vanaduspensionieani). Teenuse saamiseks peab olema tehtud töövõime hindamine ja määratud osaline töövõime ning nad on hõivatud (töötajad, õppijad, ettevõtjad) või on registreeritud töötuna (Töötukassa 2019).

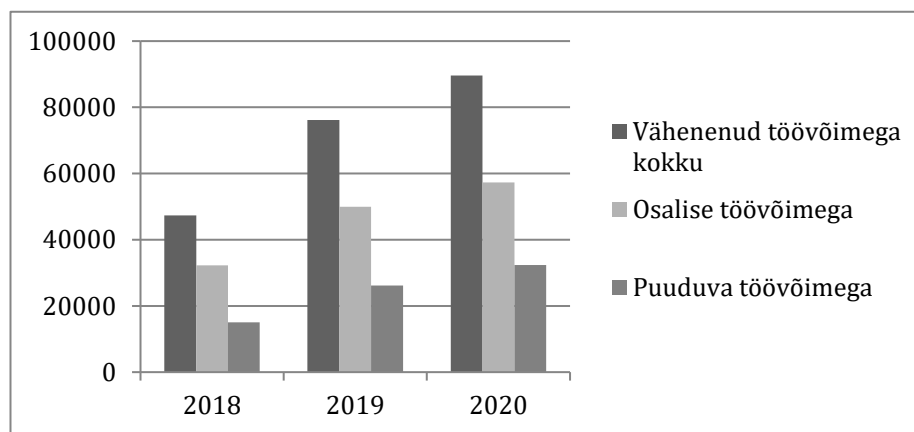
Töövõime hindamise eesmärk on toetada vähenenud töövõimega inimeste töötamist ja töölesaamist ning tagada neile sissetulek (töövõimetoetus). Töövõime hindamiseks väljatöötatud metoodika võimaldab tuvastada pikaajalise tervisekahjustusega inimese töövõime ulatuse, tegutsemise ja osalemise piirangud ning anda soovitusi töötingimuste, töövõime toetamise ja abivahendite vajaduse kohta. Töövõime hindamise metoodika on välja töötatud kooskõlas rahvusvaheliste soovitustega ja tuginedes rahvusvahelisele funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioonile (RFK). Metoodika koostas Eesti Töötervishoiuarstide Selts 2013. aastal Sotsiaalministeeriumi tellimusel. Metoodikat on täiendatud ja arendatud 2014. ja 2015. aastal tehtud testimiste tulemusi arvestades (Sotsiaalministeerium 2015).

Töövõime ulatuse kohta teeb otsuse ekspertarst. Töövõime ulatus saab töövõime toetuse seaduse kohaselt (2020) olla:

- Töövõime ei ole vähenenud - inimese töötamine ei ole terviseseisundist tulenevatel põhjustel takistatud
- Osaline töövõime – inimese töötamine on terviseseisundi ja sellest tulenevate piirangute tõttu osaliselt takistatud
- Puuduv töövõime - inimene ei ole terviseseisundi ja sellest tulenevate piirangute tõttu võimeline töötama.

Kui on määratud osaline või puuduv töövõime, on õigus saada töövõimetoetust. Lisaks pakub töötukassa mitmeid teenuseid vähenenud töövõimega inimestele, et aidata leida tööd ja toetada töötamise jätkamist. Töötukassa poolt pakutavad teenused: tööotsingu töötuba, tööklubi, koolitused, tööpraktika, tööharjutus, vabatahtlik töö, karjäärinõustamine, psühholoogiline nõustamine ja muud. Lisaks on täiendavad teenused vähenenud töövõimega inimestele: kaitstud töö, kogemusnõustamine, tugiisikuga töötamine, tööalane rehabilitatsioon, tööks vajalik abivahend, töölesõidu toetus, töötamise jätkamise toetamine ning tööruumide ja -vahendite kohandamine (Eesti Töötukassa, n.d). Tööalane rehabilitatsioon on ainult üks võimalikke teenuseid vähenenud töövõimega inimestele, küll aga on rehabilitatsiooni teenuse raames hea võimalus klienti toetada vajalike ja sobivate teenustega seostamisel.

Viimaste aastatega on vähenenud töövõimega inimeste hulk märkimisväärselt suurenenud (vt joonis 6), mis tähendab, et järjest rohkem on inimesi, kes teenuseid vajavad. Registreeritud töötuid on 2020. aasta jaanuari seisuga 36586; neist vähenenud töövõimega on 29,8%. See on ilmselt selgitatav ka ühel süsteemilt teisele üleminekuga (töövõimetuse asemel hinnatakse töövõimet) kui ka inimeste teadlikkuse tõusuga töövõime hindamise võimalustest aga ka teooriaosas välja toodud elanikkonna vananemise ja krooniliste tervisprobleemide kasvuga.



Joonis 6. Vähenenud töövõimega inimesed viimase kolme aasta jaanuari seisuga (Töötukassa 2020 põhjal)

Viimaste aastatega on suurenenud ka töölase rehabilitatsiooniteenuse kasutajate hulk. Jaanuaris 2020 osales töölase rehabilitatsiooni teenusel 2822 inimest, neist Harjumaal 924. Teenusel osalejate arv on iga aastaga vähehaaval suurenenud. Võrreldes näiteks 2019. aasta jaanuariga – siis oli teenusel 2513 inimest (Töötukassa 2020). Töölase rehabilitatsiooni teenus kestab üldjuhul kuni ühe aasta. Töötukassa tasub töölase rehabilitatsiooni eest kuni 1800 eurot kalendriaastas ning suunamiste kordade arv ei ole piiratud, see tähendab, et teenusel saab nimetatud summa piires osaleda vajadusel ka mitu korda aastas (Töötukassa 2019). Töölase rehabilitatsiooni juhises on veel ka välja toodud, et rehabilitatsiooniprotsess võib kesta ka kauem kui ühe aasta, lähtudes inimese vajadustest (Töölase rehabilitatsiooni....2019).

Varasem statistika registreeritud töötute tööle rakendumise osas näitab, et vähenenud töövõimega inimestel kulub töö leidmiseks võrreldes teiste töötutega kauem aega. 2015. aasta II ja III kvartalis registreeritud töötutest rakendus kuue kuu jooksul tööle keskmiselt

47%, kuid vähenenud töövõimega inimeste seas oli tööle rakendunute osakaal 34% ja teiste töötute seas 50% (Eesti Töötukassa analüüsiosakond 2017) Sel ei ajal ei olnud veel rakendunud ka tööalase rehabilitatsiooniteenuseid.

Tööalase rehabilitatsiooniga seonduvat temaatikat on analüüsinud Jevgeni Bugakin magistritöös „Rehabilitatsioonimeeskondade poolt osutatavate tööalase rehabilitatsiooni meetmete arengusuunad Eestis.” Magistritöö eesmärgiks on anda ülevaade sellest, mis on Eesti rehabilitatsiooniasutustes pakutava tööalase rehabilitatsiooni tegevussuunad ja nende vastavus töötukassa ootustele ning millised on teenuse arenguvõimalused. Uurimuses on välja toodud, rehabilitatsiooniasutustel on olemas valmisolek teenuste arendamiseks ja programmide väljatöötamiseks, kuid enne 2016. aastat oli veel palju segadust ees ootavate reformidega ning teadmatus ei soodustanud pikemaajalist planeerimist. Peamiste arendamist vajavate valdkondadena on töös välja toodud regulaarne infovahetus töötukassa ja rehabilitatsioonimeeskondade vahel, RFK kasutuselevõtt, töövõimehindamise meetodika täiendamine ning integreeritud teenuseosutamise loomine, mis hõlmaks nii töötukassa poolt pakutavaid teenuseid, sotsiaalset kui tööalast rehabilitatsiooni aga ka erihooldekande teenuseid ja meditsiiniteenuseid. Samuti on olulisena välja toodud arendustegevuse soodustamine ning selle riiklik toetamine rehabilitatsioonimeeskondades (Bugakin 2015 lk 63, 79-80).

Rehabilitatsioonivaldkonna värskem uurimus Eestis on Tallinna Ülikooli ühiskonnateaduste instituudi doktorandi Karin Hanga doktoritöö "Developing an Initial Social Rehabilitation Needs Assessment Procedure and the Scope of Rehabilitation Services for Persons with Disabilities in Estonia" („Puuetega inimeste sotsiaalse rehabilitatsiooni vajaduse eelhindamise ja rehabilitatsiooniteenuste sisu kujundamine Eestis“), mis keskendub rehabilitatsioonivaldkonnale üldisemalt. Ta on oma töös välja toonud, et saavutada rehabilitatsiooniteenuste isikukeskus, kättesaadavus, tulemusele orienteeritus ja tõenduspõhisus, tuleb rehabilitatsioonisüsteemi ümberkorraldamiseks, analüüsida põhjalikult praegust süsteemi, nii taastusravi, sotsiaalset ja tööalast rehabilitatsiooni (Hanga, 2018, lk 84).

Sama autor on juba ka varem välja toonud probleemi rehabilitatsioonivaldkonnas: Puuetega Inimeste Koja andmed on näidanud, et rehabilitatsiooniteenuse kasutajatel on

vähe infot teenuse sisu kohta, sellest tulenevalt ka valed ootused justkui sotsiaalse rehabilitatsiooni raames võiks tegelikult saada taastusravi (Hanga, 2011, lk 11). Info liikumine inimese tervises seisundi ja toimetuleku kohta teenuse osutajate vahel ning sotsiaalse-, tööalase- ja meditsiinilise rehabilitatsiooni teenustel on erinevad tööprotsessid. Sellest tingituna tekib teenustes dubleerimine, puudub ühtne eesmärk ja süsteem võib olla inimese jaoks keeruline. Kliendile on pandud suur vastutus oma seisundi kohta info edastamisel (Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus 2018).

Kui eelnevalt on teoorias välja toodud, et tööle naasmisel on tähtis võimalikult varajane sekkumine ja huvigruppide omavaheline koostöö, siis 2015. Aastal Praxise poolt läbi viidud uuringus „Töötingimuste ja töökeskkonna mõju ajutise ja püsiva töövõimetuse kujunemisel“ on välja toodud, et rehabilitatsioonisüsteemis tegeletakse ennekõike tagajärgedega: kuidas aidata tööle inimesed, kellel töövõimekadu on juba tekkinud. Et vähendada töötamisest tingitud tervisekao mõjusid, on vajalik tegeleda ka ennetusega (Räis, *et al*, 2015, lk 174) Analüüs pakub ka välja võimalused olemasoleva süsteemi parandamiseks ja teeb kindlaks kitsaskohad, mida on vaja ületada süsteemi toimimiseks

SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla on piirkondlik haigla, mille ülesandeks on olla elanike arstliku turvalisuse tagaja ning kompetentsikeskus Põhja-Eesti haiglavõrgustikule ja tervishoiusüsteemile. Regionaalhaigla koosseisus on seitse kliinikut, kuhu kuuluvad 32 kõrgetasemelist erialakeskust ning töötab enam kui 4000 inimest. Regionaalhaigla kodulehel on välja toodud, et tegemist on Eesti tipphaiglaga, mille põhiväärtused on pühendumine ja professionaalsus, hoolivus ja vastutustundlikkus, avatus ja koostöövalmidus. Regionaalhaigla grupis töötab kokku ligi 5000 inimest – meeskonda kuuluvad arstid, õed, hooldajad, spetsialistid (Regionaalhaigla 2020).

Regionaalhaigla on välja töötatud organisatsiooni käsiraamat, kuhu kuuluvad Regionaalhaigla põhikiri, kinnitatud korrad, juhendid ja vormid ning poliitikad, struktuuriüksuste põhimäärused, juhatuse reglement, struktuuriskeem jm organisatsiooni olemust ja juhtimist kirjeldavad dokumendid (Regionaalhaigla 2020).

Regionaalhaiglal on põhjalik kvaliteedijuhtimissüsteem, mis tugineb tervishoiu rahvusvaheliselt tunnustatud kvaliteedipõhimõtetele. Kvaliteedijuhtimissüsteemi väljatöötamisel on lähtutud protsessikesksusest. Kvaliteedi tagamine toimub pideva ja

dünaamilise protsessi kaudu, mille eesmärk on leida parimad võimalused ja meetodid pideva professionaalse enesehindamise ja tegevuse tulemuslikkuse hindamise alusel. Regionaalhaigla kvaliteedijuhtimissüsteemi on integreeritud struktuuriüksuste spetsiifikast tulenevad üksusepõhised kvaliteedisüsteemid (Regionaalhaigla arengukava 2019-2021).

Põhja-Eesti Regionaalhaigla Sõle tänaval asuv taastusravikeskus kandis veel eelmisel aastal Põhja-Eesti Taastusravikeskuse nime ning oli eraomanduses. Sõle tänaval asuv taastusravikeskus kuulub alates 01.01.2020 Regionaalhaigla Taastus- ja palliatiivravi kliiniku koosseisu (vt Lisa 5). Kliinikut juhib kliiniku juhataja, kes allub vahetult ravitöö valdkonna eest vastutavale Regionaalhaigla juhatuse liikmele. Taastusravikeskust ja tema funktsionaalseid üksusi juhib keskuse juhataja. Kliiniku töö korraldamise aluseks on põhimäärus, Regionaalhaigla arengukava, aastaplaan, tulu- ja kulueelarve ja muud Regionaalhaigla juhatuse poolt kinnitatud kliiniku tööd reguleerivad dokumendid. Kliinikut ja keskust finantseeritakse juhatuse poolt kinnitatud eelarvest (Regionaalhaigla 2020).

Regionaalhaigla taastus- ja palliatiivravi kliiniku alla kuuluvad keskused asuvad Tallinnas aadressidel Hiiu 44, Hiiu 39, Sõle 16 ja Mustamäe meditsiinilinnakus Sütiste tee 19. Alates 1. jaanuarist 2020 kuulub kliiniku koosseisu neli keskust:

- Taastusravi keskus
- Järeldravi keskus
- Palliatiivravi keskus
- Õendusabi keskus.

Taastusravikeskuse rahastus tuleb suures osas haigekassa eelarvest, sest peamiseks tegevusalaks on taastusravi. Lisaks on rehabilitatsiooniteenused rahastatud sotsiaalkindlustusameti ja töötukassa eelarvest.

Regionaalhaigla ravitöö direktor on taastusravikeskuse Regionaalhaigla koosseisu kuulumist kommenteerinud järgmiselt: "Toimunud muudatusega tagame taastus-, palliatiiv- ja järeldravi erialade jätkusuutliku arengu ning mis kõige olulisem, patsientide jaoks muutuvad raviteenused paremini kättesaadavaks," lisaks on ta välja toonud, et

oluline on sujuva raviteekonna tagamine ja õigeaegne taastusravi alustamine (Regionaalhaigla, 2020). Regionaalhaigla arengukavas on välja toodud, et luuakse eri koostöövorme kasutades võrgustik, mis võimaldab praeguseid ressursse patsiendi huvides efektiivselt ära kasutada ning tagada patsiendile jätkusuutlikku ravi (Regionaalhaigla arengukava 2019-2021).

Põhja-Eesti Regionaalhaigla taastusravikeskuses teenindatakse tööalase rehabilitatsiooni teenuse raames vähenenud töövõimega inimesi vanuses 16 eluaastat kuni vanaduspensioniiiga, kes on töötud, töötavad või õpivad, eelkõige need, kellel on olnud insult, infarkt või trauma, on liigesprobleemid, seljaprobleemid, liikumispuue, kõnehäire, käe funktsioonihäire ja nii edasi. (Eesti Töötukassa, 2020)

Regionaalhaiglas on tööalase-ja sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse haldamiseks 2018. maist alates kasutusel koostöös Brightspark OÜ-ga välja töötatud Reha.ee programm. Enne seda vormistati dokumente peamiselt MS Wordi ja Excelit kasutades ning osa andmeid oli ka haiglatele kasutamiseks mõeldud programmis Ester. Reha.ee on oluliselt lihtsustanud teenuse haldamist. Programmist väljastatakse registreerimisteateid, koostatakse tegevuskavasid, prinditakse osavõtulehti allkirjastamiseks. On võimalus teha märkmeid ja jälgida kliendi teenuse protsessi, kasutatavaid teenuseid, nende mahtusid, teenuse alguse ja lõpuaegu ning teha vahekokkuvõtteid. Dokumendid saab reha.ee programmis vormistada nii, et need vastavad töötukassa poolt tööalase rehabilitatsiooni teenuse osutamise koostöö põhimõtetes sätestatud nõuetele.

Järgnevalt toob autor välja tööalase rehabilitatsiooni teenuse olulisemad arvandmed. Reha.ee programmis olevate andmete põhjal on Regionaalhaiglas 23.03.2020 seisuga kinnitatud tööalase rehabilitatsiooni tegevuskavasid 87. Tegevuskavade koostamise ootel eriolukorrast tulenevalt on kuus klienti. Tipphetkel on kliente tööalase rehabilitatsiooni teenusel olnud 146 (2018a aprilli seisuga, reha.ee andmetel), sellel hetkel võis klientide teenuselt väljumisi ja teenusele sisenemisi arvesse võttes eeldada, et 2018. aasta lõpuks on kliente teenusel üle 200 (tööalase rehabilitatsiooni statistika reha.ee andmetel). Kuid järjest kasvava konkurentsi tingimustes on klientide arv vähenenud. 2018. aasta aprillis oli töötukassa andmetel teenuseosutajaid Tallinnas ja Harjumaal 22, 2020. aasta märtsiks juba 28 (Eesti Töötukassa 2020). Üle Eesti on praeguseks registreeritud 82

teenuseosutajat (J.Bugakin intervjuu). Järjest kasvava konkurentsi tingimustes on vajalik järjepidevalt tegeleda teenuse arendamisega.

Nii sotsiaalne kui tööalane rehabilitatsioon on Regionaalhaiglas uued teenused, mis lisandusid 2020.aasta alguses. Samal ajal on Põhja-Eesti Taastusravikeskuse koosseisus osutatud sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust aastast 2006 ja tööalase rehabilitatsiooni teenust aastast 2016. Uute teenuste liitmine suure meditsiinasutuse olemasolevasse süsteemi on olnud keerukas ja palju selgitamist nõudev. Kui meditsiiniteenuseid rahastab ja koordineerib haigekassa, siis rehabilitatsiooniteenuste osas lisandusid uued koostööpartnerid - sotsiaalkindlustusamet ja töötukassa. Sotsiaalteenuste osutamisel rakenduvad ka teised regulatsioonid. Regionaalhaigla arengukavas on välja toodud olulisena tervikliku klienditeekonna tagamine. Selle teekonna üks ja väga oluline osa saaks olla nüüd ka rehabilitatsiooniteenus. Taastusravikeskuse omandamine on üks võimalus sujuva klienditeekonna tagamiseks, sest nüüd on võimalik sama asutuse sees jätkata erinevatel teenustel. Meditsiiniliste sekkumiste lõppedes saab samas asutuses jätkuda ka sotsiaalne ja/või tööalane rehabilitatsioon. Põhja-Eesti Taastusravikeskus oli varem ka Regionaalhaigla koostööpartner, kuid ühe asutuse siseselt on protsesse lihtsam juhtida ja on võimalus tagada õigeaegne liikumine ühelt teenuselt teisele.

2.2 Tööalase rehabilitatsiooni teenuse arendamise metoodika ja seonduva uuringu tulemused

Lähtuvalt magistritöö eesmärgist teha ettepanekuid tööalase rehabilitatsiooni teenuste arendamiseks Regionaalhaiglas, viis autor läbi arendusuuringu, mille aluseks on teenusedisainis kasutatav topeltteemanti mudel (vt joonis 4, lk 31), etappe ja valimit kirjeldavad järgnevatel lehtedel esitatud tabelid.

Uurimisetapis keskenduti Regionaalhaigla tööalase rehabilitatsiooni alasest tegevusest ülevaate saamisele ja osalise töövõimega inimestele mõeldud teenuste, sh rehabilitatsiooniteenuste kaardistamisele. Andmete kogumise meetoditeks kasutati dokumendianalüüsi, teisestel andmetel põhinevat uuringut, huvigruppide kaardistamist

ning poolstruktureeritud intervjuusid, SWOT ja PEST analüüsi. Tabelis tuuakse välja töös kasutatud teenusedisaini protsessi kaks esimest etappi, nende meetodid, valimid ja ajaperiood. Uuringu tulemuste põhjal on võimalik välja töötada teenus, mis vastab tööalase rehabilitatsiooniteenuse klientide aga ka töötukassa ja teiste huvigruppide vajadustele.

Lähtudes teooriaosas väljatoodud topeltteemanti mudelist viidi läbi uuring, et kaardistada tööalase rehabilitatsiooni teenuse praegune olukord ning tuua välja parendusvajadused. Teenuse disaini protsessi meetodid ja valim on koostatud arvestades magistritöö mahtu. Kvalitatiivse uuringu kasuks otsustas autor, sest tööalase rehabilitatsiooni teenusel olevate klientide arv ehk siis valim on suhteliselt väike – 87-l inimesel on hetkel Regionaalhaiglas tööalase rehabilitatsiooni teenus pooleli.

Lähtudes teenusedisaini etappidest, tuuakse välja andmekogumis- ja analüüsimeetodid ning nende rakendamine Regionaalhaigla tööalase rehabilitatsiooniteenuse arendamisel.

Andmete kogumise meetoditeks kasutati dokumendianalüüsi, teisestel andmetel põhinevat uuringut, huvigruppide kaardistamist ning poolstruktureeritud intervjuusid, mis eriolukorra tõttu tuli läbi viia telefoni ja eposti teel.

Allpool olevas tabelis 4 tuuakse välja töös kasutatud teenusedisaini protsessi kaks esimest etappi, nende meetodid ja valim.

Tabel 4. Disaini protsessi etapid, kasutatavad meetodid, valim, infoallikad (autori koostatud)

Disaini etapid	protsessi	Meetod	Valim/infoallikad
Avasta		Dokumendianalüüs	Regionaalhaigla põhikiri, arengustrateegia, koduleht, Töölase rehabilitatsiooniteenuse juhis, Töötukassa koduleht
		Huvigruppide kaardistamine	Dokumendianalüüsi põhjal Koosloome töötuba
		Intervjuud	Ekspertintervjuu töötukassa esindajaga; PERH taastusravikeskuse teraapiajuht; PERH vanemõde (hooldutöötajate personalijuht); Telefoniintervjuud töölase rehabilitatsiooni teenuse klientidega -8 klienti, kellel hetkel rehabilitatsiooniteenus pooleli
Kirjelda		Persoonade loomine Empaatiakaart Esmase klienditeekonna kaardistamine	Ekspertide ja kliendi intervjuude ning dokumendianalüüsi ja koosloome töötoa põhjal

Dokumendianalüüsis on kasutatud töölase rehabilitatsiooni teenuse osutamisega seonduvaid dokumente aga ka asutuse ülddokumente ja kodulehte ning töötukassa kodulehte. Dokumendianalüüsis kasutatud dokumendid on toodud allpoololevas tabelis.

Tabel 5. Dokumendianalüüsis kasutatud dokumendid

Dokument	Panus magistrیتۆۆsse
Töölase rehabilitatsiooniteenuse osutamise koostöö põhimõtted	Töölase rehabilitatsiooniteenuse olemus ja sisu, nõuded teenusele
Rehabilitatsiooniteenuse osutamise protsess	Ülevaade teenuse osutamise praegusest korraldusest
Eesti Töötukassa koduleht	Töölase rehabilitatsiooni teenuse üldinfo, statistika vähenenud töövõimega inimeste ja töölase rehabilitatsiooni teenuse kasutajate kohta, statsitika töötamise kohta
Reha.ee programm	Statistika teenuse kasutajate kohta Põhja-Eesti Regionaalhaiglas
Põhja-Eesti Regionaalhaigla koduleht	Asutuse taust, missioon, visioon ja väärtused
Eesti töötukassa esindajate ettekanded töölase rehabilitatsiooni koostöö seminaridel	Rehabilitatsiooniteenuse osutamise statistika
Põhja-Eesti Regionaalhaigla põhikiri	Asutuse taust, väärtused
Põhja-Eesti Regionaalhaigla arengukava 2019-2021	Tulevikuplaanid, rehabilitatsiooniteenuse osa selles

Dokumendianalüüsi tulemused on osaliselt esitletud peatükis 2.1. Lisaks on käesolevas peatükis analüüsitud reha.ee programmis olevaid andmeid tööalase rehabilitatsiooni teenuse kohta. Seejärel viidi läbi poolstruktureeritud intervjuud klientidega, kes on tööalase rehabilitatsiooni teenusel teist korda. Sellised kliendid on valitud, et välja selgitada pikaajalise sekkumise vajaduse põhjused. Lisaks on neil väärtuslik kogemus andmaks tagasisidet tööalase rehabilitatsiooniteenuse kitsaskohtade osas.

Uuringu käigus viidi läbi 12 poolstruktureeritud individuaalset intervjuud, enamik intervjuusid viidi läbi telefoni teel, kahel juhul saadeti küsimused eriolukorrast tulenevalt e-postiga (üks klient ja üks juhtumikorraldaja), sest neile sobis nii rohkem. Lisaks ekspertintervjuu töötukassa peaspetsialistiga töövõime toetamise alal, kaks intervjuud töötukassa juhtumikorraldajatega, kes suunavad rehabilitatsiooniteenusele ning intervjuu Regionaalhaigla taastusravikeskuse juhtiva füsioterapeudiga ja et saada ka tööandja vaadet on vesteldud taastusravikeskuse vanemõega vähenenud töövõimega inimeste tööle võtmise eripäradest ja koostöövõimalustest rehabilitatsiooniteenuse raames. Läbi viidi ka koosloome töötuba füsioteraapia juhi ja tegevusteraapia juhiga, et täpsustada teenuse osutamise kitsaskohad teenuseosutaja vaates ning kaardistada esialgne klienditeekond

Kliendi intervjuude küsimustik on jaotatud kolme suuremasse alamkategoriasse, mis lähtusid uurimisülesannetest ja teooriast. Esimene osa koosneb üldandmetest, teises osas uuriti rehabilitatsiooniteenusele eelneva protsessi kohta – kui lihtne ja arusaadav see oli kliendi jaoks, kolmas osa keskendub teenuse kasutamiskogemusele üldisemalt. Intervjuude pikkus varieerus 30-40 minutit, intervjuud viidi läbi vahemikus 23.03.-03.04.2020 telefoni teel. Kõikidelt vastajatelt küsiti luba intervjuu läbi viimiseks ja saadud tulemuste kasutamiseks antud töös. Saadud tulemused on esitatud tekstiliselt, jooniste ja tabelite kujul.

Tabel 6. Disaini protsessi etapid, kasutatavad meetodid, valim, infoallikad (autori koostatud)

Arenda	Ajurünnak	loovmeetoditega uute ideede genereerimine
	Klienditeekonna täiendamine	Töö autori poolt eelnevate uuringute põhjal
	Väärtuspakkumine	Töö autori poolt eelnevate uuringute põhjal
Valmista	Täiendatud klienditeekond, Ettepanekute tegemine tööalase rehabilitatsiooni edasiseks arendamiseks, parendatud teenusekontseptsiooni loomine	Töö autori poolt eelnevate uuringute põhjal

Ekspertidega läbi viidud intervjuude eesmärk oli välja selgitada millised on peamised probleemkohad tööalase rehabilitatsiooniteenuse osutamisel ning millised on võimalused ja tulevikuplaanid teenuste osutamise ja koostöö osas. Töövõime toetamise peaspetsialisti J. Bugakini hinnangul on tööalane rehabilitatsioon edukalt käivitunud, piisavalt on partnereid teenuse osutamise osas, kaetud on kõik sihtgrupid ning regulaarselt lisandub uusi partnereid. Peamise probleemina tõi ta välja, et tööalane rehabilitatsioon ei ole sageli väga tööalane. Pigem tegeletakse tööalases rehabilitatsioonis funktsioonide piirangutega aga ei mõelda sellele, kuidas mingi funktsiooni häirumine mõjutab töötamist. Töötatud on välja ka tööalase rehabilitatsiooni juhis, mis on vähehaaval aidanud olukorda parandada. Nii nagu peatükis 2.1 on välja toodud, nimetab ka J. Bugakin üldisemalt rehabilitatsioonivaldkonna peamise probleemina välja süsteemi keerukuse, et on eraldi rehabilitatsioonisüsteemid eraldi rahastuse ja regulatsioonidega, see tekitab segadust nii teenuseosutajates kui ka klientides. Kliendid ei tea, kuhu millise probleemiga pöörduda ning alustavatel teenuseosutajatel on samuti keeruline süsteemis orienteeruda. Samuti lisab J. Bugakin, et võiks rohkem olla infovahetust teiste süsteemidega nagu näiteks tervishoiuteenused, taastusravi ja sotsiaalne rehabilitatsioon aga ka kohalik omavalitsus. Inimesed liiguvad erinevate teenuste vahel, et meil oleks võimalik rohkem jagada infot klientide vajaduste ja võimaluste kohta, et me saaks operatiivsemalt seostada klienti vajalike teenustega.

Rehabilitatsioonivaldkonna olulise probleemina toob J. Bugakin välja veel, et puuduvad konkreetseid mõõdikud, kuidas tööalases rehabilitatsioonis tulemusi mõõta ja neid kirjeldada. Seetõttu on pikalt kaalutud RFK kasutuselevõttu ja ettevalmistused selles osas juba käivad töötukassas ning toimuvad ka arutelud teenuseosutajatega. Rehabilitatsiooni

teenuse tulemuslikkus võib avalduda mitte kohe rehabilitatsiooniprotsessi käigus või selle lõppedes, vaid ka hiljem. Kui vaadata tegevuskavasid, siis kohe teenuse lõppedes saavad tööle 22% aga juba poole aasta pärast on 33%. Siiski on keeruline öelda, kas see on just rehabilitatsiooni tulemus. Rehabilitatsiooniprogrammide puhul näiteks ongi selline ootus, et teenuseosutaja mõne aja pärast võtab uuesti ühendust kliendiga ja siis küsib uuesti, kuidas tal peale teenust läinud on (J.Bugakin intervjuu). Nii öelda tavapärase rehabilitatsiooniteenuse raames seda pigem ei tehta.

Nii nagu J.Bugakin, toovad ka töötukassa juhtumikorraldajad olulise probleemina välja rehabilitatsioonisüsteemi keerukuse. Juba töövõime ja /või puude raskusastme hindamiseks tuleb pöörduda kas sotsiaalkindlustusametisse või töötukassasse ja klient ei pruugi teada, kuhu ta peab pöörduma. Võib juhtuda, et õiget infot ei oska jagada ka perearst: *Klientide ebateadlikkus on sageli põhjustatud perearstide ebapiisavatest teadmistest teenuste kohta. Mitmedki kliendid on öelnud, et perearst soovitas töötukassasse pöörduda, kuna näiteks isikul pole raha, et osaliselt kompenseerida taastusravi (C2)*

Töötukassa on juba asunud ka koolitama perearste ja pereõdesid, et rääkida töötukassa teenuste võimalustest ning sellest, millal, kuhu ja kuidas suunata.

Töölase rehabilitatsiooni kohta tõi töötukassa juhtumikorraldaja (C1) välja, et tegelikult tugi rehabilitatsioonist on tööle saamisel praegu veel pigem vähene –

„Oleneb inimese taustast ja valmisolekust, me eeldame, et rehabilitatsioon viib meid sammu edasi tööle justkui aga iga kord mitte kahjuks“. Samuti toob ta välja, et selleks võib vaja minna 3-4 teenuse tsüklit, et inimene võiks tööle saada. See oleneb, mis probleem seal taustal on ja kas ta tunnistab oma probleeme. „Minu arvates ühe-kahe korraga ei ole igäiks veel võimeline tööd tegema, sageli ka kodus harjutusi ei tehta, nad kõik ei taha vastutada ise.“ Aga siiski saadakse ka abi, töötukassa ja rehabilitatsioonimeeskonna koostöös saadakse töötamist toetavad abivahendid, soovitatakse uut hindamist, sest võib juhtuda, et tegelikult klient polegi töövõimeline.

Teine juhtumikorraldaja (C2) tõi välja, et klientide ootused ja soovid sageli ei vasta tööalase rehabilitatsiooni eesmärgile: *Paljud loodavad saada tegelikult taastusravi (massaaž, elektriravi, laserravi, füsioteraapiat). Sageli soovivad sanatooriumi teenust.*

Sageli selgub teenusele asudes, et isikul tegelikult puudub motivatsioon muutusteks, iseseisvalt endaga tegeleda, puudub arusaam, et tegelikult on klient ise oma valikute ja nende tagajärgede otsustaja.“

Vestlusest Põhja-Eesti Regionaalhaigla juhtiva füsioterapeudiga selgus, et Regionaalhaigla jaoks on rehabilitatsiooniteenus üldisemalt veel läbi arutamata. Suurte muudatuste keskel ei ole jõutud veel teenuste sisulise poole ja arendusvajadusega tegeleda. Arenguvestluste ja teenuste osutamist puudutavate koosolekute raames on siiski vähehaaval selgunud kitsaskohad aga ka asutuste ühendamisest tulenevad võimalused teenuste integreerimiseks.

Intervjuust taastusravikeskuse vanemõega (hooldustöötajate personalijuht) selgus, et vähenenud töövõimega inimeste palkamisel on küll riiklikud soodustused (sotsiaalmaksu tasumine tööandja eest) ja lisapuhkuse päevad vähenenud töövõimega töötajale, kuid sellega on seotud ka probleemid. Hetkel on taastusravikeskuses õendus-hooldus töötajate seas neli vähenenud töövõimega töötajat. Lisapuhkepäevad on vähenenud töövõimega inimesele väga olulised, kuid tööandja peab leidma nendeks päevadeks asendaja ja selleks riigi poolne toetus puudub. Kui on mitu vähenenud töövõimega töötajat, siis võib töötundide asendamine olla keeruline. Üldiselt on inimesed töövõime vähenemise osas ise infot avaldanud, kuid on olnud ka juhuseid, kus see selgus hiljem. Tööle kandideerija ei pea seda info avaldama, kuid siis puudub nii tal kui ka tööandjal õigus soodustustele.

Reha.ee programmis olevate klientiandmete põhjal statistikat analüüsidis tuli teenusel oleva kliendi keskmiseks vanuseks 49,6. Töölase rehabilitatsiooniteenuse üks kliendigrupp on üle 50. aastased mittetöötavad inimesed, kelle emakeeleks on vene keel. Töötavaid kliente oli enam-vähem võrdselt, töötuid vaid ühe võrra vähem kui mittetöötavaid. Seega teine kliendigrupp, kelle põhjal on tehtud ka persoon, on töötavad inimesed, kellele rehabilitatsioon on vajalik töövõime säilitamiseks. Intervjuudele vastanud töölase rehabilitatsiooni teenuse kliendid olid vanuses 32-61, viis töötavat ja kolm mittetöötavat klienti. Mittetöötavate klientide töökoha kaotamise põhjuseks oli kõigil tervisliku seisundi halvenemine. Töötavatest klientidest olid kaks klienti enne töölase rehabilitatsiooniteenusega alustamist kaotanud töö, kuid on rehabilitatsiooni perioodi jooksul leidnud uue töökoha ja üks alustanud ettevõtlusega.

Kliendiintervjuudest tuli välja, et infot teenuste võimaluste kohta saadakse töötukassast aga seda alles siis, kui seal ennast juba arvele võetakse, mis tähendab, et selleks hetkeks on klient juba töö kaotanud. Nagu ka ekspertintervjuudest selgus, tõi intervjuueeritav (B2) välja probleemi, et perearst ei osanud kuhugi suunata, info taastusravi võimaluste ja töövõime hindamise kohta tuli peale haigestumist ise üles otsida, tööalase rehabilitatsiooni kohta kuulis töötukassas arvele võttes. Info abivahendite soodustuste kohta sai alles tööalasel rehabilitatsioonil, kuigi abivahendeid oleks kohe peale haigestumist vaja olnud. Teine intervjuueeritav (B8) on samal teemal lisanud: „*Kahjuks ei saanud õigeaegselt hädavajalikku abi. Rehabilitatsiooni teenusteni jõudsin 2,5 aastat hiljem, peale rasket terviseriket, oma neuroloogi saatekirja alusel. Teistest riiklikest ja meditsiinasutustest kahjuks alguses abi ei olnud. Kaotasin oluliselt aega /.../ Iseseisvad abi ja lahenduste otsimised ei ole olnud kerged, kuid lõpptulemused on olnud üsna positiivsed ja mõjunud mulle julgustavalt.*“

Mitmed kliendid (B2, B3, B6) tõid välja, et tööandja ei toetanud neid kuidagi, kui nad haigestusid, üks intervjuueeritavatest (B6) lisas, et tööandja pigem isegi kiusas. Samas on ka tööandjaid, kes on olnud vastutulelikud tööülesannete ja tööaja osas.

Intervjuueeritud kliendid kasutavad tööalase rehabilitatsiooni teenuse raames kõik füsio-ja tegevusteraapiat, lisaks psühholoogi teenust, loovteraapiat, õe nõustamist (toitumisnõustamine). Kaks vastanut osalevad ka psühholoogi grupiteenusel. Reha.ee programmi põhjal analüüsitud 87 tegevuskava statistikast tuli välja, et ainult kolm tegevuskava olid sellist, kus ei olnud füsioteraapiat planeeritud. Asutuse spetsiifikast tulenevalt on see ka mõistetav. Ka riiklik tööalase rehabilitatsiooniteenus statistikas on füsioteraapia kõige enam osutatud teenus (J. Bugakin ekiri 03.04. 2020)

Selles osas, millest teenuste raames puudust tuntakse, tõid kliendid intervjuudes välja massaaži, lümfiteraapiat. Vastavalt tööalase rehabilitatsiooni juhisele neid teenuseid küll tööalase rehabilitatsiooni raames ei saa, kuid mõningaid teenuseid saab kombineerida muude teenustega, näiteks taastusravi raames. Nii nagu teoorias on välja toodud, et erinevate teenuste integreerimine on kliendi töövõime taastamise seisukohalt oluline - tulemusliku teenuse tagamiseks, peaksid meditsiiniline ja tööalane rehabilitatsioon olema korraldatud integreeritult. Protsessis võivad olla kaasatud erinevad terapeudid aga ka

juhtumikorraldajad, töökonsultandid ja teised tööle saamist toetavad asutused (Gobelet, *et al* 2007; Drake *et al* 2003) .

Küsimusele vajalike lisateenuste kohta on üks vastanutest (B7) öelnud, et „*ma olen nõus kõigi teenustega, mis mind kuidagi aitaksid tööd leida*“. Töölase rehabilitatsiooni klientide puhul võib tegemist on keerukate ja pikaajaliste terviseprobleemidega, mille puhul sobiva töö leidmine on vägagi raskendatud – ei saa olla pikalt ühes asendis ega ka pikalt liikuda, muud probleemid veel lisaks. Siin on ka mõtlemise koht teenuseosutajale, et millised võimalused on abistada töö leidmisel lisaks olemasolevatele teraapiatele. Lisaks rehabilitatsioonile on intervjuus osalenud kliendid kasutanud taastusraviteenuseid, osalenud karjäärinõustamisel ja tööklubis ning erinevatel koolitustel (arvutiõpe, floristika, eesti keel).

Negatiivse kogemusena töölase rehabilitatsiooni teenuse kasutamisel on välja toodud probleeme füsioteraapias – ei ole sobinud konkreetse füsioterapeudi võtted ja lähenemine. Siinkohal on kliendid ka lisanud, et on vajadusel abi saanud ja on olnud võimalus ka vahetada terapeuti ning leitud kliendile sobivad lahendused.

Reha.ee programmis olevate teenuse osutamisega seotud statistika ja intervjuude analüüsi põhjal on võimalik koostada teenuse kasutaja isikud. Isikud on kirjeldatud allpool olevas tabelis 7.

Tabel 7. Isikud Ljudmilla ja Robert (autori koostatud)

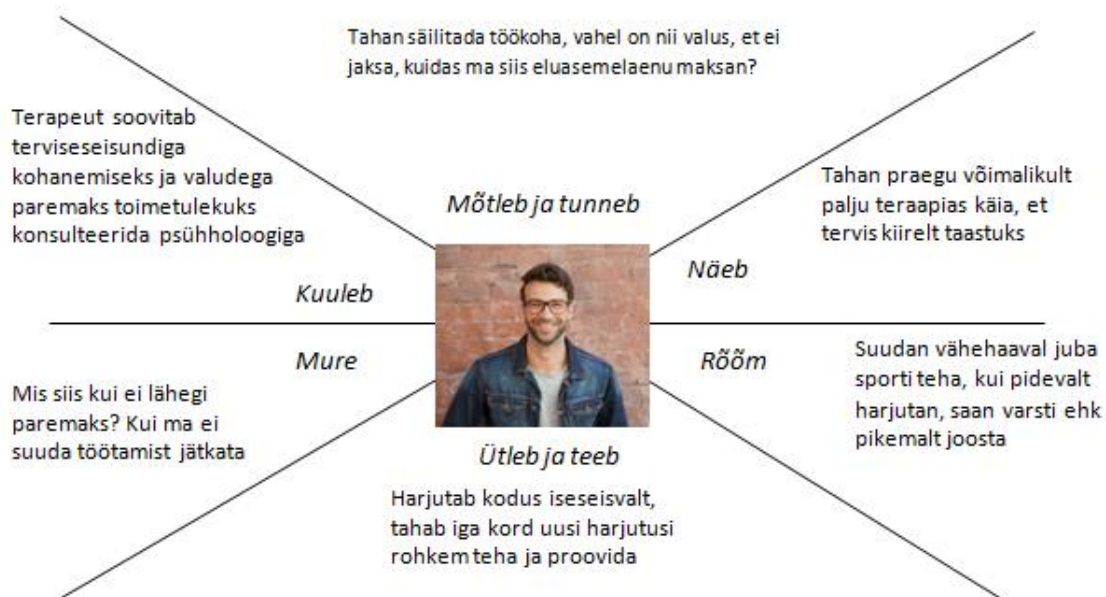
Nimi	Ljudmilla	Robert
Vanus	50	38
Haridus	Kutseharidus	Kõrgharidus
Amet	Ei tööta praegu, on kogu elu teinud füüsilist tööd, töötanud kokana	It-spetsialist
Eesmärgid	Saada igapäevaeluga hakkama, tulla toime oma valudega	Säilitada töövõime, et jaksaks tööd teha ja säilik sissetulek
Taust	Elab Lasnamäel koos täiskasvanud pojaga	Elab äärelinnas koos naise ja väikeste lastega, hiljuti ostetud maja pangalaenuga
Rõõm	Armastab rääkida, saab tuge terapeudilt	Meeldib perega aega veeta, rattaga sõita, sõpradega väljas käia
Mure	Kroonilised selja-ja liigesvalud, põhjustatud füüsilisest tööst, hirm, et peab rääkima eesti keeles	On järsku haigestunud, sai mikroinsuldi, ei tea, kuidas sellega toime tulla, mure pere toetamise ja sissetuleku säilitamise pärast
Ootused	Tehke mind terveks	Saan kõigega hakkama ja suudan säilitada töö

Lisaks persoonadele on koostatud Ljudmilla ja Roberti empaatiakaardid. Ljudmilla on huvitatud tervise taastumisest, kuid pigem ootab, et teised teda aitaksid. Iseseisvalt tegutseda veel valmisolek puudub. On kohusetundlik ja osaleb teraapias, kuid kodus iseseisvalt ei tegutse. Algul pelgab psühholoogi, sest varasem kogemus puudub ja ta ei tea veel, milleks see võiks vajalik olla. Kuid terapeutide motiveerimisel ja toetamisel saab aru, et psühholoogist võib kasu olla nii valudega toime tulemisel kui ka uute oskuste omandamisel (näiteks lõõgastustehnikad).



Joonis 7. Ljudmilla empaatiakaart (autori koostatud)

Ljudmilla on juba mõnda aega perearsti juures käinud liigeseprobleemidega, on juba neli kuud olnud haiguslehel. Perearst näeb, et tervislik seisund ei taastu, vaid pigem süveneb, soovib teha töövõime hindamise. Juhtumikorraldaja aitab ära teha töövõime hindamise taotluse ja räägib ka teenuste võimalustest aga Ljudmilla peab ootama, kuni saabub otsus töövõime hindamise kohta ja see võib tulla alles kuu aja pärast. Kuna on töötuna arvel, siis käib juhtumikorraldaja juures iga kuu ja kui otsus on saabunud, siis räägib juhtumikorraldaja talle uuesti, kuidas rehabilitatsiooniteenusele saada.



Joonis 8. Roberti empaatiakaart (autori koostatud)

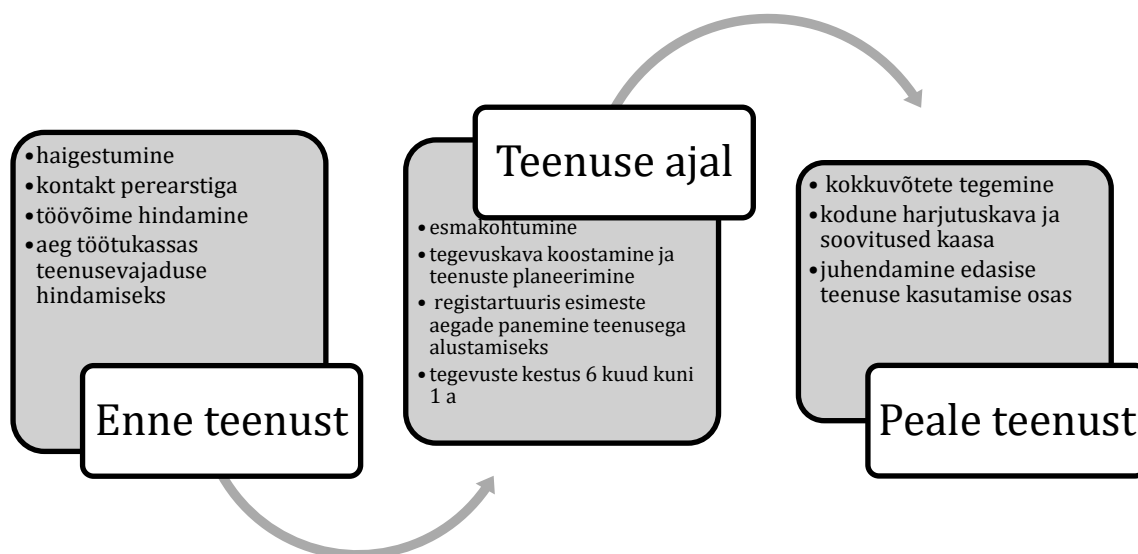
Ljudmilla ja Robert satuvad tööalasele rehabilitatsioonile erinevatel põhjustel. Ljudmilla probleem on juba pikaajalisem, Robertil on alles hiljuti tekkinud terviseprobleemid. Erinevalt Ljudmillast on Robertil töökoht säilinud, kuid on juba mure, kas tervislik seisund võimaldab töötamist jätkata. Tööalasest rehabilitatsioonist saavad tuge mõlemad. Nende kasutajatekond tööalases rehabilitatsioonis on üsna sarnane.

Klienditeekonnaga tööalases rehabilitatsioonis on seotud mitmed huvigrupid. Peamised huvigrupid ja nende huvis seoses teenusega on välja toodud tabelis 8. Teenuse osutamisse ja tegevuste elluviimisega on seotud klient, rehabilitatsioonimeeskond, töötukassa juhtumikorraldaja, vajadusel ka perearst, tööandja, kollegid. Kõige suurema mõjuga on töötukassa kui teenuse rahastaja aga ka töötukassa juhtumikorraldaja, kellel on suur roll kliendi tööle saamise toetamisel. Kõige suurem huvi on kliendil, kes tahab saada kvaliteetset ja eelkõige tulemuslikku teenust. Samuti mõjutab tööalase rehabilitatsiooniteenuseid Regionaalhaigla juhtkond, kes jälgib teenuste kasumlikkust.

Tabel 8. Peamised huvigrupid tööalases rehabilitatsioonis (autori koostatud)

Huvigrupp	Huvi/ootus teenusele
Tööalase rehabilitatsiooni klient (osalise töövõimega inimene)	Saab tööle/säilitab töökoha; saab kvaliteetset teenust; tunnetab tervisliku seisundi paranemist ja suureneb valmisolek iseseisvalt taastumise nimel tegutseda
Tööalase rehabilitatsiooni meeskond	Teenuse on tulemuslik – klient tunnetab tervisliku seisundi paranemist, on motiveeritud iseseisvalt tegutsema
Regionaalhaigla juhtkond	Tööalase rehabilitatsiooni teenus on tulemuslik ja kasumlik, annab lisaväärtuse haigla teenusteportfellile
Töötukassa	Klient saab kvaliteetseid ja tulemuslikke teenuseid; klient saab tööle/läheb õppima/säilitab töökoha
Töötukassa juhtumikorraldaja	klient saab tööle/läheb õppima/säilitab töökoha
Kliendi lähedased	On teadlikud, kuidas klienti toetada
Perearst, pereõde	On teadlikud, mis teenuseid klient saab, on kursis teenuse edenemisega
Tööandja	Töötaja säilitab töökoha
Kolleegid	Oskavad arvestada kolleegi abi ja toetuse vajadusega, mõistavad, et vaatamata tervislikule seisundile, saab kolleeg tööga hakkama
Ühiskond	Tööle saamist toetavad teenused vastavad nõuetele; tööandja, teenusepakkuja ja töötaja tegevus on seaduslik; on võimalik vältida pikaajalist sõltuvust toetussüsteemidest.

Klienditeekond saab Ljudmilla puhul alguse perearstist, kes jälgib tema terviseprobleeme ja juhtumikorraldajast, kes töötukassas teda töötuna arvele võtab. Juhtumikorraldajalt saab Ljudmilla info tööalase rehabilitatsiooni teenuse kohta, seejärel võtab ta ühendust teenuse osutajaga ning lepib kokku aja esmakohtumiseks. Telefoni teel saab täpse info, kuidas ja kuhu tulla, kohapeale tulles on abiks viidad, kuid majas on lihtne orienteeruda ja abiks on ka eelnevalt saadud juhised. Klienditeekond koosneb kolmest osast, enne teenust, teenuse ajal ja peale teenust. Klienditeekonna etapid on lühidalt välja toodud allpool oleva joonisel 9.



Joonis 9. Klienditeekonna etapid (autori koostatud)

Ljudmilla osaleb tööalasel rehabilitatsioonil füsioteraapias, tegevusteraapias, käib psühholoogi nõustamisel. Enamasti osaleb teenusel ühel korral nädalas ja siis on kaks tegevust korraga, näiteks füsio-ja tegevusteraapia. Mõnel nädalal käib ka kaks korda, kui õnnestub sobivad ajad saada. Vähehaaval hakkab tervislik seisund paremaks minema, on juba õppinud ka kodus iseseisvalt harjutusi tegema, kui suudab neid teha, on enesetunne päris hea. Vahel esineb ka kehvemaid päevi, kui enesetunne on kehv ja liigutamine vaeviline. Koostöö terapeutidega teenuse vältel on hea, teenusele läheb rõõmuga ja töötab kaasa. Vahepeal käib kohtumas ka juhtumikorraldajaga töötukassas. Teenuse lõppedes saab terapeudilt juhised iseseisvaks harjutamiseks ja soovitusd teenusega võimalusel jätkata, et töövõime taastuks veelgi.

Tabelis 9. on koosloome töötoas välja toodud tugevused ja nõrkused tööalase rehabilitatsiooniteenuse pakkumisel Regionaalhaiglas. Teraapiajuhid tõid peamiste probleemidena välja huvigruppide nõrga koostöö, amortiseerunud maja ning ühised ruumid statsionaariga. Ruumide kohta on terapeutide sõnul ka teenusel viibivad kliendid sageli märkusi teinud. Samuti on praegu tööalase rehabilitatsiooniteenuse osutamisel nõrk koht koostöö juhtumikorraldaja aga ka tööandja, sotsiaalosakonna ja teiste osapooltega. Veel toodi välja meeskonnatöö kliendi toetamisel aga ka aeg ühisteks koosolekuteks, et arutada kitsaskohti, arendusvajadusi, töötada välja uuendusi. Lisaks arutati

probleemkohana teenuse osutamise juhiste puudumist, töölase rehabilitatsioonivteenuse osutamise protsess oli Põhja-Eesti Taastusravikeskusel küll välja töötatud ja kinnitatud, kuid seda pole regulaarselt üle vaadatud ega täiendatud, kuid rehabilitatsioonis on palju muutusi toimunud ning muutunud on ka asutuse töökorraldus. Töölase rehabilitatsiooni kohta on protseduuris välja toodud ainult teenuse algus – vajalikud andmed registreerimiseks, aegade panemine, dokumentide saatmine jne ning teenuse lõpp – dokumentide ja arvete saatmine. Kuidas peaks teenuse vahepeal kulgema ning kes siis milliste tegevuste eest vastutab, on kirjeldamata. Regionaalhaigla koosseisus tegutsemise aja jooksul teenuse protseduuri veel üle vaadatud ja täiendatud ei ole.

Tabel 9. Töölase rehabilitatsiooni tugevused ja nõrkused (autori koostatud)

Tugevused	Nõrkused
<ul style="list-style-type: none"> • Mitmekesised teenused • Asukoht (mugav parkimine, ühistransport). • Individuaalne lähenemine. • Sõbralik ja asjatundlik teenindus • Kvalifitseeritud personal • Klientide kaasamine teenuse osutamisel • Töötajale toetav ja arendav keskkond, head koolitusvõimalused • Hea koostöö sotsiaal-ja ravivaldkonna huvigruppidega teenuste arendamisel • Asukoht statsionaarse taasturaviga samal pinnal (võimalus teenuseid tutvustada samas majas viibivatele inimestele), on ka nõrkus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Huvigruppide nõrk koostöö kliendi toetamisel • Teenuste ebapiisav kättesaadavus teenuste osutamisel (teenused nädalavahetusel, õhtuti) • Meeskonna vähene teadlikkus töötamise/tööle naasmise toetamisest • Meeskonnatöös vähe aega • Määramata vastutusvaldkonnad ja täpsustamata teenuse osutamise protsess • Info kättesaadavus (koduleht, infotelefon) • Amortiseeruunud maja. • Kolimine – klientidel keeruline uut kohta leida, asub praegusest kaugel • Asukoht stationaarse raviga samal pinnal – haiglateskkond ei ole motiveeriv

Oluline tugevus on praegu mitmekesine teenuste valik, hea asukoht – on ühistranspordiga ligipääsetav ja suur tasuta parkla on kohe maja kõrval. Seoses maja remondiga ootab ees kolimine Hiiule. Seal on ühistransport küll olemas, kuid peatusest pikk maa jalutada. Kolimisega võib keeruline kohaneda olla nii klientidel kui töötajatel. Hetkel on kvalifitseeritud tööjõud küll olemas, kuid juurde palkamine tulevikus võib olla keerukas. Rehabilitatsiooniteenusega alustamine sõltub palju ka sellest, kuidas on kulgenud kliendi teekond enne teenust, võib juhtuda, et eelnevalt on olnud palju kliendile ebaameeldivat (keeruline teenuse kohta infot saada, asjaajamine võtab kaua aega) ja siis võib juhtuda, et ta on ka töölase rehabilitatsiooni teenuse suhtes negatiivselt meelestatud. Lisaks tugevustele ja nõrkustele on kaardistatud ka võimalused ja ohud (vt tabel 10).

Tabel 10. Võimalused ja ohud töölases rehabilitatsioonis (autori koostatud)

Võimalused	Ohud
<ul style="list-style-type: none"> • Spetsialistide koolitamine töövõime toetamise alal • Infopäevade korraldamine perearstidele- ja õdedele, sotsiaalosakondadele jt huvirühmadele • Olemasolevate teenuste edasiarendamine, täiustamine • Kaasatud olemine valdkonna arendamisse • Regionaalhaigla muude teenuste kasutamise võimalus 	<ul style="list-style-type: none"> • Konkurentide turule tulek • Klientuuri vähenemine seoses konkurentsi suurenemisega • Klientuuri vähenemine seoses kolimisega • Kulude kasv seoses muutustega seadusandluses • Kvalifitseeritud tööjõu puudus • Rahastuse ebakindlus tulevikus • Seoses eriolukorrast väljatulemisega prioriteetsed haigekassa teenused, tööalane rehabilitatsioon kui väikese mahuga teenus võib kõrvale jääda

SWOT analüüsist võib peamiste ohukohtadena välja tuua konkurentsi suurenemise, mille tulemusena klientuur väheneb ning suurema mahuga teenuste kõrval muutub tööalane rehabilitatsioon vähem oluliseks. Klientuuri vähenemine toob kaasa ka tulubaasi vähenemise ja võib tekitada küsimusi teenuse osutamise otstarbekuse kohta. Klientuuri vähenemist saab ära hoida kvaliteetse teenuse pakkumisega – on olemas koolitatud spetsialistid ning võimalus saada vajadusel ka meditsiiniteenuseid samast kohast.

Väliskeskkonna analüüsist (vt ka lisa 5) võib peamiste järel dustena välja tuua:

- Poliitilisel keskkonnal on suur mõju nii majandusele, sotsiaalelule kui tehnoloogiale. Riiklikust sotsiaal-, maksu- ja tervishoiupoliitikast sõltub nii riigi kui kohalike omavalitsuste võimekus, aga ka elanike sissetulekud, millised on nõuded ja rahastus tervishoiuteenuste osutajatele jne.
- Kaks kuud kehtinud eriolukorrast tulenevalt võib muutuda palju – suureneb töötute arv, väheneb sotsiaalmaksu laekumine ja ühtlasi ka haigekassa sissetulek ning sellest tulenevalt väheneb ka haiglate rahastus. Probleemide ulatust on hetkel raske prognoosida, kuna eriolukorrast alles väljutakse ja täpsemad mõjud majandusele ei ole veel teada
- Elanikkonna vananemine ja krooniliste haiguste esinemise kasv suurendab vähenenud töövõimega inimeste hulka ning kasvatab tervishoiukulutusi, aga samas tööealise elanikkonna arv väheneb.
- Tehnoloogia arengul suur mõju igapäeva elule ja ka tööle, eriti praegu, kui eriolukorrast tulenevalt on inimeste omavahelised kontaktid on piiratud ja reguleeritud .

Väliskeskkonnast võivad tuleneda riskid, mida asutus ei saa otseselt kontrollida. Oluline on, et asutus arvestaks laiemat keskkonnaga ning saaks aru keskkonna mõjust asutuse riskijuhtimise protsessile. Riigiasutuste jaoks on oluline tegur Vabariigi Valitsus, kuna valitsusasutused eksisteerivad põhimõtteliselt selleks, et viia ellu Vabariigi Valituse poliitikaid ning tagada avalike teenuste kättesaadavus.

Töölase rehabilitatsiooniteenuse uuring regionaalhaiglas andis palju väärtuslikku infot, mida saab edasiste tegevuste planeerimisel arvesse võtta. Käesolevas alapeatükis andis autor ülevaate disainiuuringu tulemustest, mis on sisendiks teenusekontseptsiooni väljatöötamisel. Uuringu tulemustest selgus, et klientidele valmistab muret infopuudus teenuste võimaluste kohta, samuti on teadlikkus tööalase rehabilitatsiooniteenuse sisu kohta vähene jpm. Ekspertintervjuust selgus, et tööalases rehabilitatsioonis on sageli vähe töötamisega või tööle saamisega seotud tegevusi, pigem tegeletakse ainult tervisprobleemidega kui nendest tulenevate takistustega.

2.3 Töölase rehabilitatsiooni teenuse parendatud kontseptsioon ja ettepanekud teenuse parendamiseks

Magistritöö eesmärk on teha ettepanekuid tööalase rehabilitatsiooni teenuse arendamiseks tuginedes teaduslikele allikatele ja läbiviidud uuringu tulemustele. Töötamine ei ole oluline mitte ainult sissetuleku saamiseks, vaid see annab ka kuuluvustunde, enesekindluse. Eriti keeruline on töökohta säilitada või tööle naasta vähenenud töövõimega inimestel ja siinkohal on tööalasel rehabilitatsioonil oluline roll inimese toetamisel, et ta saavutaks parema toimetulekutaseme nii igapäeva-kui tööelus. Eesti rehabilitatsioonisüsteem on keerukas ja sageli raske mõista. Kui tervis on halvenenud, on igapäevaeluga hakkama saamine nagunii raskendatud ja kui vajalike teenuste saamiseks on keeruline infot leida või oodata pidevalt paberimajanduse järel, on suur oht süsteemist üldse välja kukkuda. Seega on oluline, et teenust vajavad inimesed saaksid õigeaegselt vajaliku info ja jõuaksid ka teenusele.

Peamised uuringust tulenevad järeldused on järgmised:

- Töölase rehabilitatsiooni teenuse raames tehakse huvigruppidega koostööd, kuid see on pigem juhuslik, puudub süsteemsus ja määramata on vastutajad
- Kliendi jaoks rehabilitatsioonisüsteem keeruline, on oht vajalikest teenustest ilma jääda
- Regionaalhaiglas on olemas töölase rehabilitatsiooniteenuse osutamise protseduur, kuid see vajab sisulist ülevaatamist ja täiendamist ning vastutusvaldkondade määramist
- SWOT analüüsist võib peamise ohuna välja tuua kasvava konkurentsi töölase rehabilitatsiooni teenuse osutamisel – konkurentsis püsimiseks on vajalik järjepidevalt tegeleda teenuse arendamisega
- Töölase rehabilitatsioonis keeruline mõõta teenuse tulemuslikkust ja kui puudub tulemuslikkuse analüüs on keeruline ka teenuseid arendada

Järgnevalt kirjeldatakse uuringust töölase rehabilitatsiooni teenuse osutamisega seotud peamisi probleeme ja tehakse ettepanekuid nende lahendamiseks, mis on kokku võetud tabelis 11.

Tabel 11: Ettepanekud töölase rehabilitatsiooniteenuse edasiseks arendamiseks (autori koostatud)

Teooria seisukoht	Praegune olukord töölases rehabilitatsioonis	Ettepanekud	Vastutajad
Teenused integreeritud ja valdkondadeüleised (Dutta <i>et al.</i> , 2016; Hibbard & Greene 2013, lk 207).	Info leidmine ja erinevate süsteemide vahel orienteerumine keeruline	Asutuse siseselt erinevate teenuste vahel liikumiseks klienditeekonna lihtsustamine – töötada välja protseduur	Rehabilitatsiooni-koordinaator koostöös asutuse juhtidega
Rehabilitatsioon mõeldud kõigile töötavatele inimestele (Belin <i>et al.</i> , 2016, lk 7, 45)	Töölane rehabilitatsioon ainult osalise töövõimega inimestele, kes täidavad aktiivsuse nõuet	Riiklikul tasandil vaadata üle töölase rehabilitatsiooni teenuse saamise regulatsioonid	Töötukassa koostöös teenuseosutajatega
Suur rõhk ennetusel, suhtlus tööandjaga juba haigushüvitise ajal (Cancelliere, 2016, lk 20; Wade <i>et al.</i> , 2010 lk 1; Franche <i>et al.</i> , 2005, lk 607)	Kontaktid tööandjatega teenuse osutamise kestel vähesed	Korraldada infopäevi tööandjate teadlikkus tõstmiseks, asutustevahelise koostöö edendamiseks	Rehabilitatsiooni-meeskond, arstid, asutuse juhid
Teenus koordineeritud igas etapis, edukaks koordineerimiseks vajalik suurem roll juhtumikorraldusel, koostöö huvigruppide vahel tagab tulemusliku teenuse (Wadell & Burton, 2006, lk 25).	Kontakt ja suhtlus juhtumikorraldajaga teenuse kestel juhuslik	Kirjutada koostöö töötukassa juhtumikorraldajaga rehabilitatsiooniteenuse osutamise protsessi sisse, mõelda läbi kliendi liikumine teenusel ning täpsustada vastutusvaldkonnad	Rehabilitatsiooni-meeskond koostöös töötukassa juhtumikorraldajatega
Ärimudeli Solution Provider kohaselt saab klient kõik vajalikud teenused ühest kohast (Gassmann <i>et al.</i> , 2014, lk 299-303).	Klient vajab sageli lisaks rehabilitatsiooni-teenusele ka tervishoiuteenuseid, hetkel teenuste ristikasutamine aeganõudev ja läbi mõtlemata on kliendi liikumine erinevate teenuste vahel	Arutelu ja ajurünnak rehabilitatsiooniteenuse tuleviku osas, võimalused arendamiseks ja rehabilitatsiooniteenuse klientidel muude teenuste kasutamise võimalus	taastusravikeskuse juht ja juhtiva füsioterapeut, teraapiajuhid, rehabilitatsiooniteenuse koordinaator
Kasutusele võtta RFK kui üks võimalus mõõta teenuse tulemuslikkust (Stucki <i>et al.</i> , 2007, lk 279; Escorpizo <i>et al.</i> , (2015, lk 201	Teenuse eesmärkide sõnastamisel ja teenusest kokkuvõtete tegemisel puuduvad ühtsed nõuded, tulemuslikkuse mõõtmine keeruline ja ajamahukas	Osalemine RFK kasutusele võtmisega seotud arendustegevustes	Regionaal-haigla rehabilitatsiooni-meeskond

Parendatud teenuskontseptsiooni välja töötamise aluseks oli tööalase rehabilitatsiooni teenuse kasutaja intervjuude tulemused, persoonad ja nende empaatia kaardid ning ekspertintervjuude tulemused. Eelloetletud sisendite baasil töötas autor välja tööalase rehabilitatsiooni teenuse parendatud teenuskontseptsiooni, mis arvestab eelkõige teenuse kasutaja vajadusi aga sealjuures ka Regionaalhaigla võimalustega ning rehabilitatsiooniteenuste üldisest riiklikust korraldusest tulenevate piirangutega.

Kliendid on küll üldiselt tööalase rehabilitatsiooniteenusega Regionaalhaiglas rahul, kuid toovad murekohtadena välja keerukat teenusele saamist, õigeaegselt jääb info saamata ja teenusele võiks jõuda varem. Liiga hilja tööalase rehabilitatsiooniga alustava kliendiga on keerulisem jõuda ka tulemusteni, terviseprobleemid on süvenenud ja töövõime taastumine võtab kauem aega. Lahenduseks võiks olla perearstide ja pereõdede koolitamine, mida teeb juba ka töötukassa, kuid Regionaalhaigla saaks panustada oma lähipiirkonna perearstide koolitamisega ja näiteks infopäevade korraldamisega. Siinkohal oleks võimalik teha ka koostööd töötukassaga, näiteks korraldada ühiseid infopäevi või töötada välja infomaterjale.

Lisateenustena on soovinud kliendid pigem taastusraviprotseduure (massaaži, lümfiteraapiat), neid teenuseid ei saa osutada tööalase rehabilitatsiooni raames. Sellised teenused toetavad kliendi head enesetunnet ja ilmselt ka üldfüüsilist seisundit, kuid ei kuulu töölesaamist toetavate teenuste hulka. Üks võimalus on osaliselt kombineerida haigekassa poolt rahastatavate teenustega (lümfiteraapia näiteks), see eeldab põhjalikku läbirääkimist arsti ja terapeudi vahel. Pigem on siin lahenduseks siiski klientide teadlikkuse tõstmine teenuste sisu ja eesmärgi osas.

Ekspertintervjuudes toodi välja, et sageli tööalane rehabilitatsioon ei vasta nõutud teenuse sisule. Tööalase rehabilitatsiooniteenuse juhises on sõnastatud tööalase rehabilitatsiooni eesmärk: see on protsess, mis võimaldab vähenenud töövõimega inimesel ületada takistused tööturule sisenemisel ja/või tööturule tagasipöördumisel ning töökoha säilitamisel (Tööalase rehabilitatsiooni...2019). Erinevad teraapiad küll toetavad tervisliku seisundi taastumist, kuid kui ei tegeleta töökoha hindamise, abivahendite soovitamise ja sobivate töövaldkondade väljaselgitamisega, siis ei ole tegemist tööalase rehabilitatsiooniga. Lahenduseks on siin võimalus teha tihedamat koostööd töötukassa juhtumikorraldajatega, planeerida ühiseid koosolekuid, arutada läbi kliendi senine

teenuse kulgemine ja vajadused edasiseks. See nõuab ka järjepidevat terapeutide juhendamist tööalase rehabilitatsiooni eripärade osas, vajalik on tööalase rehabilitatsiooni protsessi uuendamine ning selle läbi arutamine kõigi teenust osutavate terapeutidega.

Kliendi ja tööalase rehabilitatsiooni teenuse pakkuja vajadusi arvesse võttes loodi väärtuspakkumine (vt Lisa 7), mis toob välja murekohad aga ka lahendused ja nendest saadava kasu. Tööalase rehabilitatsiooniteenuse osutamisel on oluline, et nii teenuse saaja kui teenuse pakkuja mõistavad teenuse sisu ja saavad sellest aru ühtemoodi. Nii on võimalik koostöös saavutada parimad tulemused.

Teenuse kirjeldamisel on lisask kasutatud peatükis 1.3 väljatoodud teenusedisaini tööriistu, on loodud ärimudel (vt lisa 6) ning teenuskontseptsioon teenuse kasutajat Ljudmilla silmas pidades. Kuna Kaubamaja uuringu raames katsetati esmakordselt pikaajalist teenust, võimaldas teenuskontseptsioon kirjeldada teenuseprotsessi, sellega seotud kliendi ja teenuse osutaja tegevusi, kokkupuutepunkte, ning seda, mis toimub esiplaanil ja millised tegevused kulgevad taustal.

Planeeritud muutused tööalase rehabilitatsiooni teenuse osutamisel nõuavad peamiselt ajalist ressursi – mitmete inimeste osalemine koosolekutel, et vajalikud protseduurid välja töötada, on aeganõudev. Samal ajal väheneb kliendi saadavate teraapiate arv ning pikenevad järjekorrad. Võiks mõelda lisatööjõu palkamisele, kuid riiklikult väljakuulutatud eriolukorrast tulenevalt on tervishoiuteenuste maht kahe kuu vältel (12.03-15.05.20) oluliselt vähenenud. Plaanipärase teenuseosutamise taastumine võtab aega ning haigekassa poolt rahastatavate teenuste maht mõjutab ka tööalase rehabilitatsiooni teenuse osutamist. Erinevaid teenuseid (taastusravi, rehabilitatsioon), osutavad samad terapeutid. Infoliikumise protseduuri väljatöötamise ja tööalase rehabilitatsiooni teenuse protseduuri täiendamise peamine ressursikulu on töötajate aeg – vajalik on planeerida koosolekuid, võimalus on uue protseduuri väljatöötamise arutelu planeerida ka olemasolevate iganädalaste koosolekute raames. Nii saab jagada tööülesanded ja vastutusala ja on võimalik asutuse siseselt tagada info liikumine nii, et klient on erinevatest teenustest ja nende sisust teadlik, täidab vajalikud dokumendid ning teab, millal ja kuhu pöörduda.

Seotud osapoolte (töötukassa, tööandjad, kohalik omavalitus, kliendi lähedased) vaheline

koostöö on olemas, kuid võiks olla tihedam ja rohkem läbimõeldud. Vajalik on koostöövõrgustiku suhtluse parandamine läbi ühiste arutelude. Koostööd juhtumikorraldajaga tehakse, kuid see on pigem juhuslik. Koostöö töötukassa juhtumikorraldajaga peaks olema järjepidev, info liikumine peab olema mitmesuunaline ja efektiivselt koordineeritud.

Juba enne tööalasele rehabilitatsioonile jõudmist on mitmeid võimalusi teenuselt välja kukkuda ja mitte saada õigeaegselt infot vajalike teenuste kohta. Ühe võimaliku lahendusena on asutuse siseselt on võimalik tagada see, et juba taastusravile tulnud klient saab info töövõime hindamise kohta, võimalusel tehakse see taastusravis kohapeal. Kuna hindamise otsust peab ootama umbes ühe kuu, siis jääb ka vaheperiood, kui teenuseid üldse ei saa, lühemaks. Ning kliendi nõusolekul on võimalik teavitada ka perearsti, et hindamise dokumendid on saadetud, et vajab ka edaspidi teenuseid, anname infot taastusravi ja rehabilitatsiooniteenuste võimalusest. Siis saab edasi toetada klienti perearst ja klient liigub sujuvalt edasi järgmisele teenusele.

Praegu planeerib tööalase rehabilitatsiooni teenuse alustamisel kliendile teekonna rehabilitatsiooniteenuse koordinaator koos füsi- või tegevusterapeudiga. Olemas on tööalase rehabilitatsiooni teenuse protsess, kuid see on koostatud tööalase rehabilitatsiooni teenusega alustades. Nõuded ja ootused tööalasele rehabilitatsioonile on muutunud, kuid teenuse osutamise protsess on muutmata. Protsessis on kajastamata, kes vastutab õigeaegsete vahekokkuvõtete tegemiste eest ning kuidas toimub suhtlus töötukassa juhtumikorraldajaga ning suhtlus kliendi talle planeeritud teekonna vältel. Puudub ka ühtne lõppkokkuvõtte tegemine kliendi tulemustest ning tagasiside saamine klientidelt.

Võimaliku lahendusena on vajalik teenuse osutamise protsessi lisada koosolek juhtumikorraldajaga vahekokkuvõtte tegemiseks. Kuidas muudatused teenuse osutamise protsessis kajastuvad klienditeekonnas, on nähtav lisas 8. Koosolekul osalevad kliendiga tegelevad terapeudid, klient ja juhtumikorraldaja, ühiselt arutatakse läbi, kuidas on teenus seni kulgenud, mis on hästi läinud ja räägitakse läbi tekkinud probleemid. Samuti arutatakse läbi, kuidas edasi minna, milliseid teenuseid on veel vaja ja kes mida teeb – mida saab teha juhtumikorraldaja töötukassas ja millega tegeleb edasi

rehabilitatsioonimeeskond. Nii on võimalik rohkem tähelepanu pöörata tööga seonduvatele teemadele ning tagada see, et kliendile osutatavad teenused on regulaarselt jälgitud. Teenusega seotud osapooled saavad ülevaate teenusest ja nii saab omavahel läbi arutada, kes millega tegeleb edasi, et vältida dubleerimist.

Kitsaskoht tööalase rehabilitatsiooni teenuse arendamisel on tegevused koostöös tööandjaga. See nõuab nii kliendile kui ka tööandjale selgitamist, nii öelda teenuse maha müümist. Nõustamisest töökohal võiksid võita kõik – töötaja on teadlik ergonoomilistest töövõtetest, töötab kohandatud keskkonnas, terviseprobleemid leevenevad, tööandjal on rahulolev töötaja ja teadlikkus töökeskkonna kohandamise võimalustest. Praegu on klientidel sageli mure ja hirm oma töökoha pärast, kardetakse tööandja arvamust, vahel tööandja ei teagi, et kliendil on vähenenud töövõime. Võimalikuks lahenduseks siinkohal on tööandjate teavitamine ja koolitamine, näiteks infopäevade korraldamine.

Vajalikud on jätkuvalt arutelud, kuidas edasi minna ja millega peab tulevikus tegelema hakkama. Kindlasti peaks arutama võimalusi koostööks Regionaalhaigla sees. Võimalusi koostööks on näiteks psühhiaatritega aga ka kogemusnõustajatega, kes töötavad Regionaalhaiglas, samuti on võimalik kaasata partnereid väljastpoolt.

Regionaalhaigla taastusravikeskust ootab ees kolimine ja Sõle tänava maja remont. Olulisemaid arendustegevusi saab ette võtta alles siis, kui ollakse Sõle tänava majas tagasi. Samal ajal peab siiski ka ajutisel pinnal kvaliteetne teenuseosutamine jätkuma ning võimalikult palju peab ka ette planeerima, et uue maja võimalusi tulevikus maksimaalselt kasutada.

Edasi arendamist vajab tööalase rehabilitatsiooni teenuse tulemuslikkuse hindamine. Jätkuvalt võiks osaleda RFK kasutusele võtmisega seotud projektides, et oleks võimalus kaasa rääkida uute meetodikate rakendamisel.

Vajalik oleks läbi mõelda klientidelt tagasiside küsimine nii ankeetküsitlustega kui ka jätkata tagasiside küsimist läbi kliendiintervjuude, praeguse olukorra kaardistamiseks ja arendusvajaduste väljaselgitamiseks.

Parendatud teenuskontseptsiooni loomise aluseks oli ekspertintervjuude ja kliendiintervjuude tulemused, persoona, empaatiakaart ja väärtuspakkumine, sise-ja

väliskeskkonna analüüsid. Parendatud teenuskontseptsioon arvestab eelkõige töölase rehabilitatsiooni teenuse kasutaja vajadusi aga ka töötukassa ootusi ning soodustab osapoolte vahelist koostööd.

KOKKUVÕTE

Tööjõu vananemine avaldab töökohtadele ühe enam survet ning üha olulisemaks muutub terviseprobleemidega inimeste toetamine tööturul – nii abi ja juhendamine töökohal kui ka töökohtade kohandamine ja abivahendite võimaldamine. Puudega ja vähenenud töövõimega inimeste kaasamine tööhõivesse aitaks tööjõu vähenemisest tingitud probleeme leevendada. Siinkohal saab õigeaegne ja hästi organiseeritud rehabilitatsioonisüsteem olla suureks abiks.

Magistritöö teoreetilises osas toodi välja töövõime vähenemise põhjused ja võimalused kliendi toetamiseks. Samuti kaardistati teoreetilise kirjanduse abil peamised osapooled tööalase rehabilitatsiooni protsessis. Lisaks toodi välja, millised on tööalase rehabilitatsiooni teenuse korraldamise head praktikad. Rehabilitatsioon peaks olema integreeritud nii meditsiiniliste sekkumistega kui ka tegevustega töökohal ning algama võimalikult varakult. Oluline oleks ennetada tööturult väljakukkumist ning tagada info liikumine erinevate teenussüsteemide vahel.

Magistritöö empiirilises osas analüüsiti rehabilitatsiooniteenuse eripärasid Eesti kontekstis, samuti avati Regionaalhaigla kui tööalase rehabilitatsiooni teenuse osutaja tausta.

Tööalase rehabilitatsiooniteenuse arendamiseks Põhja-Eesti Regionaalhaiglas viidi läbi kvalitatiivne uuring, milles osalesid olulised seotud osapooled: eksperdid, tööalase rehabilitatsiooniteenuse kasutajad, tööalase rehabilitatsiooni teenust osutavad terapeutid. Uuring koosnes neljast etapist: avasta, kirjelda, arenda ja valmista. Avastamise etapis viidi läbi dokumendianalüüs, lisaks toimusid poolstruktureeritud intervjuud seotud osapooltega ning kaardistati tööalase rehabilitatsiooni teenuse huvigrupid. Kirjeldamise etapis kaardistati esialgne klienditeekond, millest selgusid lisaks teenuse olulised

väärtusvood ja kanalid. Arendamise etapis määratleti töölase rehabilitatsiooni teenusekasutaja persoonad. Loodud kahest persoonast valiti tüüpkliendina välja Ljudmilla, kellele loodi empaatiakaart ning arendati teenust edasi, loodi väärtuspakkumine ja parendatud teenuskontseptsioon.

Magistritöös välja pakutud lahenduste rakendamine aitab lahendada, leevendada või ennetada töölase rehabilitatsiooni teenuse osutamisel tekkivaid probleeme. Läbimõeldud ja ühiselt läbi arutatud töölase rehabilitatsiooni teenuse osutamise protsess on kasulik kõigile osapooltele. Klienditeekond kulgeb sujuvalt, sest on olemas vajalik tugi teenusel jätkamiseks. Regionaalhaiglas toimib läbimõeldud protsess töölase rehabilitatsiooni teenuse osutamisel, kus on teada, kes, mida ja millal rehabilitatsiooniprotsessis teeb ning määratud on vastutajad. Juhtumikorraldaja suurem kaasamine teenuse osutamise protsessis toetab klienti tööle naasmisel, tagab efektiivsema infovahetuse, vähendab dubleerimist ning aitab edendada koostööd töötukassaga.

Töö tulemusteks on:

- ülevaade töölase rehabilitatsiooniteenuse olemusest;
- ülevaade töölase rehabilitatsiooni teenuse osutamisest ja seonduvatest probleemidest nii Eestis üldisemalt kui Põhja-Eesti Regionaalhaiglas;
- tehtud on ettepanekud teenuse osutamisega seotud protsesside täpsemaks kirjeldamiseks

Uurimisülesannete täitmise abil leidis autor töös vastused küsimustele: millised on klientide vajadused ja seonduvad probleemid töölase rehabilitatsiooni teenuse kasutamisel Põhja-Eesti Regionaalhaiglas ning millised on teenuse arendamise vajadused ja võimalused.

Töö eesmärgid –töötada välja parendatud töölase rehabilitatsiooni teenuse kontseptsioon Põhja -Eesti Regionaalhaiglas ning teha ettepanekuid töölase rehabilitatsiooni teenuse edasiseks arendamiseks– said täidetud. Tehtud on ettepanekud töölase rehabilitatsiooniteenuse protsessi uuendamiseks, et tagada sujuv klienditeekond ja tõhustada koostööd huvirühmade vahel.

Töös kogutud materjalid ja tulemused on rakendatavad eelkõige Põhja-Eesti Regionaalhaiglas, kuid võivad kasulikuks osutuda ka teistes tööalase rehabilitatsiooni teenust osutavates asutustes.

Efektiivselt ja tulemuslikult toimiva rehabilitatsioonisüsteemi toimimiseks on oluline erinevate osapoolte koostöö kliendi toetamiseks. Hästi toimivast tööalasest rehabilitatsioonist võidavad kõik osapooled. Magistritöös on välja toodud tööalase rehabilitatsiooni peamised huvigrupid – klient, tööandja, töötukassa, lähedased, kolleegid, perearstid, kelle omavaheline läbimõeldud ja hästi organiseeritud koostöö on tööalase rehabilitatsiooni protsessis määrava tähtsusega. Töölases rehabilitatsioonis ei tegeleta ainult tööle naasmisega. Tööalane rehabilitatsioon aitab integreerida klienti ühiskonda, hoida ja säilitada tema sotsiaalseid rolle ning võimaldab tunda ennast täisväärtusliku ühiskonnaliikmena.

VIIDATUD ALLIKAD

- Abenhaim, L; Rossignol, M; Valat, J-P; Nordin, M; Avouac, B; Blotman, F; Charlot, J; Dreiser, R. L; Legrand, E; Rozenberg, S; Vautravers, P. The Role of Activity in the Therapeutic Management of Back Pain: Report of the International Paris Task Force on Back Pain, *Spine: February 15, 2000 - Volume 25 - Issue 4S - p 1S-33S* Tjulin, Å., Edvardsson Stiwné, E., & Ekberg, K. (2009). Experience of the Implementation of a Multi-Stakeholder Return-to-Work Programme. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(4), 409–418. <https://doi.org/10.1007/s10926-009-9195-y>
- Aranki, T., & Macchiarelli, C. (2013). Employment Duration and Shifts into Retirement in the EU. *SSRN Electronic Journal*. Loetud aadressil <https://doi.org/10.2139/ssrn.2215763>
- Astangu Kutsererehabilitatsiooni Keskus (2020). *Astangu Kutsererehabilitatsiooni Keskus lõik elektroonse keskkonna rehabilitatsioonisüsteemi ühtlustamiseks*. Loetud aadressil <https://www.astangu.ee/en/node/4662>
- Belin, A., Dupont, C., Oulès, L., Kuipers, Y., & Fries-Tersch, E. (2016). *Rehabilitation and return to work: Analysis report on EU and Member States policies, strategies and 78 programmes*. Euroopa Tööohutuse ja Töötervishoiu Agentuur (EU-OSHA). Luxembourg: Publications Office of the European Union. loetud aadressil <https://osha.europa.eu/et/tools-and-publications/publications/rehabilitation-and-return-work-analysis-eu-and-member-state>
- Bethge, M., Spanier, K., Peters, E., Michel, E., & Radoschewski, M. (2018a). Self-Reported Work Ability Predicts Rehabilitation Measures, Disability Pensions, Other Welfare Benefits, and Work Participation: Longitudinal Findings from a Sample of German Employees. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(3), 495–503. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9733-y>

Bóla, B (2013) MakeWorkHealthy to ensure Retention, Rehabilitation and Reintegration.

Loetud aadressil loetud aadressil <https://slideplayer.com/slide/12886863/> (30.03.2020)

Boyd, H., McKernon, S., & Old, A. (2010). Health Service Co-design: working with patients to improve healthcare services. Auckland: Waitemata District Health Board.

Boyd, H., McKernon, S., & Old, A. (2012) Improving healthcare through the use of co-design. The New Zealand Medical Journal. Journal of the New Zealand Medical Association

Bugakin, J. (2018) Ülevaade tööalase rehabilitatsiooni teenuse osutamisest 2016-2018.

Ettekanne Tööalase rehabilitatsiooni koostööseminaril Tallinnas 08.06.2018.

Bugakin, J. (2015) Rehabilitatsioonimeeskondade poolt osutatavate tööalase rehabilitatsiooni meetmete arengusuunad Eestis. Magistritöö. Tartu Ülikool. Loetud aadressil

http://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/48033/bugakin_jevgeni_ma_2015.pdf

Cancelliere, C., Donovan, J., Stochkendahl, M. J., Biscardi, M., Ammendolia, C., Myburgh, C., & Cassidy, J. D. (2016). Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic & manual therapies*, 24(1), 32.

Carroll, C., Rick, J., Pilgrim, H., Cameron, J., & Hillage, J. (2010). Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disability and Rehabilitation*, 32(8), 607–621.

<https://doi.org/10.3109/09638280903186301>

Dean, S. G., & Ballinger, C. (2012). An interprofessional approach to rehabilitation. *Interprofessional rehabilitation. A person-centred approach*. Chichester: Wiley-Blackwell, 45-78.

- Dean, S. G., Siegert, R. J., & Taylor, W. J. (2012). *Interprofessional rehabilitation: A person-centred approach* (S. G. Dean, R. J. Siegert, & W. J. Taylor, Toim; 2014-15403-000). Wiley-Blackwell; APA PsycInfo. Loetud aadressil
<http://ezproxy.utlib.ut.ee/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2014-15403-000&site=eds-live>
- Design Council. (2014). Design methods for developing services. An introduction to service design and a selection of service design tools. Keeping Connected business challenge. Loetud aadressil
<https://www.designcouncil.org.uk/sites/default/files/asset/document/Design%20methods%20for%20developing%20services.pdf>
- Drake, R., Becker, D., Bond, G., Mueser, K. (2003) A process analysis of integrated and non-integrated approaches to supported employment. *Journal of Vocational Rehabilitation* nr.18 Loetud aadressil
<http://search.ebscohost.com.ezproxy.utlib.ut.ee/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2003-02723-006&site=eds-live>, 09.01.2015) Wade, D. T., Smeets., J.E.M., Verbunt, A.J.(2010) Research in rehabilitation medicine: Methodological challenges, *Journal of Clinical Epidemiology*, Volume 63, Issue 7, 2010, Pages 699-704, ISSN 0895-4356,
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.07.010>.
- Dorsey, J., Ehrenfield, H., Fich, D. & Jaegers, L. (2017) *American Occupational Therapy Association. Occupational therapy services in facilitating work participation and performance*. *Am J Occup Ther* 2017;71(Suppl 2):609–39.
- Durand, M., Loisel, P., Hong, Q.N. *et al.* Helping Clinicians in Work Disability Prevention: The Work Disability Diagnosis Interview. *J Occup Rehabil* **12**, 191–204 (2002).
<https://doi.org/10.1023/A:1016846712499>

Hanga, K (2018) *Developing an Initial Social Rehabilitation Needs Assessment Procedure and the Scope of Rehabilitation Services for Persons with Disabilities in Estonia* /

ETERA. Loetud aadressil

<https://www.etera.ee/zoom/42694/view?page=1&p=separate&tool=info&view=0,0,2067,2834>

Hanga, K., (2013). *ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioon ja puuetega inimeste õigused Eestis*. Tallinn: Eesti Puuetega Inimeste Koda.

Hanga, K., Maas, H., Sõmer-Kull, S., Schultz, G. (2013). *Sotsiaalse rehabilitatsiooni, tehniliste abivahendite ja erihooletamise korralduse analüüs*. Eesti

Sotsiaalministeerium. Loetud aadressil http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/analuus_tvk_skoosed_sotsiaalteenustega_epik_juuni_2013_.pdf, 30.03.2019).

Dutta, A., Gervey, R., Chan, F., Chou, C.-C., & Ditchman, N. (2008). Vocational Rehabilitation Services and Employment Outcomes for People with Disabilities: A United States Study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(4), 326.

<https://doi.org/10.1007/s10926-008-9154-z>

Eesti Töötukassa (n.d). Tööalane rehabilitatsioon. Loetud aadressil

<https://www.tootukassa.ee/content/toovoimereform/tooalane-rehabilitatsioon04.05.2020>

Eesti Töötukassa (n.d). Töövõime hindamine.

<https://www.tootukassa.ee/content/toovoimereform/toovoime-hindamine>

Escorpizo, R., Reneman, M. F., Ekholm, J., Fritz, J., Krupa, T., Marnetoft, S.-U., Maroun, C.

E., Guzman, J. R., Suzuki, Y., Stucki, G., & Chan, C. C. H. (2011). A Conceptual

Definition of Vocational Rehabilitation Based on the ICF: Building a Shared Global

Model. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(2), 126–133.

<https://doi.org/10.1007/s10926-011-9292-6>

Esnouf, J., Taylor, P., Mann, G., & Barrett, C. (2010). Impact on activities of daily living using a functional electrical stimulation device to improve dropped foot in people with multiple sclerosis, measured by the Canadian Occupational Performance Measure.

Multiple Sclerosis Journal, 16(9), 1141–1147.

<https://doi.org/10.1177/1352458510366013>

Finger, M., Escorpizo, R., Glässel, A., Gmünder, H., Lückenkemper, M., Chan, C., Fritz, J., Studer, U., Ekholm, J., Kostanjsek, N., Stucki, G., Cieza, A. (2012). ICF Core Set for vocational rehabilitation: results of an international consensus conference. *Disability & Rehabilitation*, 2012, nr34 Loetud aadressil

<http://search.ebscohost.com.ezproxy.utlib.ee/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=70333190&site=eds-live>, 30.03.2019

Franché, R.-L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., Frank, J., & The Institute for Work & Health (IWH) Workplace-Based RTW Intervention Literature Review Research Team. (2005). Workplace-Based Return-to-Work Interventions: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 607–631. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8038-8>

Geisen, T. (2015). Workplace Integration Through Disability Management. Raamatus R.

Escorpizo, S. Brage, D. Homa, G. Stucki (toim). *Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation. Handbooks in Health, Work, and Disability* Šveits: Springer International Publishing. (lk 55–71).

Gensby, U., Braathen, T. N., Jensen, C., & Eftedal, M. (2018). Designing a Process Evaluation to Examine Mechanisms of Change in Return to Work Outcomes Following Participation in Occupational Rehabilitation: A Theory-Driven and Interactive Research

Approach. *International Journal of Disability Management*, 13.

<https://doi.org/10.1017/idm.2018.2>

Germundsson, P., & Danermark, B. (2012). Vocational rehabilitation, interagency collaboration and social representations. *Work*, 42(4), 507–517.

<https://doi.org/10.3233/WOR-2012-1382>

Glässel, A., Finger, M. E., Cieza, A., Treitler, C., Coenen, M., & Escorpizo, R. (2011).

Vocational Rehabilitation From the Client's Perspective Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a Reference. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(2), 167–178. <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9277-x>

Gobelet, C., Luthi, F., Al-Khodairy, A. T., & Chamberlain, M. A. (2007). Vocational rehabilitation: A multidisciplinary intervention. *Disability and rehabilitation*, 29(17), 1405–1410.

Gould, R.. (2008). Dimensions of work ability: Results of the health 2000 survey. Finnish

Centre for Pension [u.a.]. Loetud aadressil <https://sivusto.kykyviisari.fi/wp-content/uploads/2018/09/Gould-Dimensions-of-work-ability.pdf>

Gassmann, O., Frankenberger, K., Csik, M. Business Model Navigator. Pearson, 2014, lk.387

Hämäläinen, R.-M. (s.a.). The Europeanisation of occupational health services: A study of the impact of EU policies.

https://www.researchgate.net/publication/47931927_The_Europeanisation_of_occupational_health_services_A_study_of_the_impact_of_EU_policies

IDEO.org (2015). The Field Guide to Human-Centered Design. Loetud aadressil

www.ideo.org

- Ilmarinen, J. (2009). Work ability—A comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 35(1), 1–5. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1304>
- Jetha, A., Pransky, G., Fish, J., & Hettinger, L. J. (2016). Return-to-Work Within a Complex and Dynamic Organizational Work Disability System. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26(3), 276–285. <https://doi.org/10.1007/s10926-015-9613-2>
- Klaar, J. M. (2014). Kuidas tootest rohkem kasu lõigata. *Sissejuhatus teenusedisaini*. Bispublishers.
- Levack, W. M., Weatherall, M., Hay-Smith, E. J., Dean, S. G., McPherson, K., & Siegert, R. J. (2015). Goal setting and strategies to enhance goal pursuit for adults with acquired disability participating in rehabilitation. *The Cochrane database of systematic reviews*, (7), CD009727. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009727.pub2>
- Loisel, P. (2002). Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: A six year follow up study. *Occupational and Environmental Medicine*, 59(12), 807–815. <https://doi.org/10.1136/oem.59.12.807>
- Loisel, Patrick, Durand, M.-J., Baril, R., Gervais, J., & Falardeau, M. (2005). Interorganizational Collaboration in Occupational Rehabilitation: Perceptions of an Interdisciplinary Rehabilitation Team. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 581–590. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8036-x>
- MacEachen, E., Kosny, A., Ferrier, S., & Chambers, L. (2010). The “Toxic Dose” of System Problems: Why Some Injured Workers Don’t Return to Work as Expected. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(3), 349–366. <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9229-5>

- Mager, B., & Sung, T. J. (2011). Special issue editorial: Designing for services. *International Journal of Design*, 5 (2), 1-3.
- Mansfield, A., Wong, J. S., Bayley, M., Biasin, L., Brooks, D., Brunton, K., Howe, J.-A., Inness, E. L., Jones, S., Lymburner, J., Mileris, R., & McIlroy, W. E. (2013). Using wireless technology in clinical practice: Does feedback of daily walking activity improve walking outcomes of individuals receiving rehabilitation post-stroke? Study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Neurology*, 13(1), 93.
<https://doi.org/10.1186/1471-2377-13-93>
- Mindtools homepage. *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*.
https://www.mindtools.com/pages/article/newPPM_07.htm SWOT Analysis. Loetud aadressil https://www.mindtools.com/pages/article/newTMC_05.htm
- Moritz, S. (2005). Service Design: Practical access to an evolving field. Loetud aadressil https://issuu.com/st_moritz/docs/pa2servicedesign/4
- OECD (2009) Sickness, Disability and Work. Keeping track in the economic Downturn. Background paper. Stockholm 2009
- Osterwalder, A. & Pigneur, Y. (2010). Äärmudeli generatsioon. Tallinn: Eesti Rahvusraamatukogu
- Osterwalder, A., Pigneur, Y., Bernarda, G., Smith, A. (2014). Value Proposition Design. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc
- Pavlov, R (2004). PEST-analüüs. In “Organisatsiooni käsiraamat” (ptk 6.2). Loetud aadressil https://www.eas.ee/images/doc/sihtasutusest/trukised/organisatsiooni_kasiraamat/06.pdf.
- Payne, M. (1995). *Tänapäeva sotsiaaltöö teooria: Kriitiline sissejuhatus*. Tallinn

- Power, P., & Hershenson, D. (2001). Assessment of career development and maturity. *Handbook of measurement and evaluation in rehabilitation*, 3, 339-364.
- Põhja-Eesti Regionaalhaigla (n.d) Organistatsioon. Loetud aadressil
<http://intranet.regionaalhaigla.ee/?op=body&id=1>
- Secomandi, F., Snelders, D. (2011). *The Object of Service Design*. – *Design Issues*, vol. 27, no. 3, pp. 20-34.
- Sherman, S., Del Valle, R., Fong Chan, Landon, T. J., & Leahy, M. J. (2018). Contemporary Perceptions of Evidence-Based Practices in Rehabilitation Counseling. *Journal of Rehabilitation*, 84(4), 4–12.
- Shiri, R., Heliövaara, M., Ahola, K., Kaila-Kangas, L., Haukka, E., Kausto, J., Saastamoinen, P., Leino-Arjas, P., & Lallukka, T. (2018). A screening tool for the risk of disability retirement due to musculoskeletal disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 44(1), 37–46. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3684>
- Siegert, R. J., O'Connell, C., & Levack, W. M. (2015). Psychology, goals and rehabilitation: providing a theoretical foundation. *Rehabilitation goal setting: theory, practice and evidence*, 45-65.
- Sotsiaalkindlustusamet. (n.d.). Sotsiaalne rehabilitatsioon. Loetud aadressil
<https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/puue-ja-hoolekanne/sotsiaalnerehabilitatsioon>
- Sotsiaalkindlustusamet (2020) RFK-kasutamine meditsiinilises, sotsiaalses ja tööalases rehabilitatsioonis ning abivahendi vajaduse hindamisel“ Kokkuvõte pilootprojektist ja ettepanekud järgmisteks tegevusteks. Loetud aadressil
https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/content-editors/Projektid/rfk_loppraport_aprill2020.pdf

- Ståhl, C. (2010). In Cooperation We Trust Interorganizational Cooperation in Return-to-Work and Labour Market Reintegration. Linköping 2010. Loetud aadressil https://www.researchgate.net/publication/266889456_In_Cooperation_We_Trust_Interorganizational_Cooperation_in_Return-to-Work_and_Labour_Market_Reintegration
- Stickdorn, M. (2011a). The iterative process of service design thinking. Raamatus M. Stickdorn & J. Schneider (toim.) This is service design thinking: Basics, tools, cases. Amsterdam: BIS Publishers.
- Stucki, G., Cieza, A., & Melvin, J. (2007). The international classification of functioning, disability and health (ICF): A unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(4), 279–285. <https://doi.org/10.2340/16501977-0041>
- Tjulin, Å., Edvardsson Stiwné, E., & Ekberg, K. (2009). Experience of the Implementation of a Multi-Stakeholder Return-to-Work Programme. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(4), 409–418. <https://doi.org/10.1007/s10926-009-9195-y>
- Taskila, T. (2013). How to help people with cancer return to work. *Personnel Today*. Loetud aadressil <https://www.personneltoday.com/hr/help-people-cancer-return-work/>
- Eesti Töötukassa. (2020). Töölase rehabilitatsiooni teenuse juhised
- Töövõimetoetuse seadus (2020) – Riigi Teataja. Loetud aadressil <https://www.riigiteataja.ee/akt/124122016018?leiaKehtiv> (16.04.2020)
- Vilsteren, M. van, Oostrom, S. H. van, Vet, H. C. de, Franche, R.-L., Boot, C. R., & Anema, J. R. (2015). Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, Article 10. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006955.pub3>

Vootele, Masso, Osila & Kruus (2012) Töövõimetuse hindamine, asendussissetuleku

võimaldamine ja tööalane rehabilitatsioon Eestis ja viies Euroopa Liidu riigis. Uuringu

aruanne. Loetud aadressil <http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2014/03/2012->

[Toovoimetus-asendussissetulek-toolane-rehabilitatsioon.pdf](http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2014/03/2012-Toovoimetus-asendussissetulek-toolane-rehabilitatsioon.pdf)

Wade, D. T., & de Jong, B. A. (2000). Recent advances in rehabilitation. *Bmj*, 320(7246),

1385-1388. Loetud aadressil

https://www.bmj.com/content/320/7246/1385.short?casa_token=oBPSby5PI-

[MAAAAA:APtMBASmxCX_pQ9Zs2Yi0weZVBnMKpPsR6ldMrEUDWSvocSNV7ZyfbQ7IMno](https://www.bmj.com/content/320/7246/1385.short?casa_token=oBPSby5PI-MAAAAA:APtMBASmxCX_pQ9Zs2Yi0weZVBnMKpPsR6ldMrEUDWSvocSNV7ZyfbQ7IMno)

[OEAC4bh7LhZYXp0](https://www.bmj.com/content/320/7246/1385.short?casa_token=oBPSby5PI-MAAAAA:APtMBASmxCX_pQ9Zs2Yi0weZVBnMKpPsR6ldMrEUDWSvocSNV7ZyfbQ7IMnoOEAC4bh7LhZYXp0)

Waddell, G., & Burton, A. K. (2006a). *Concepts of rehabilitation for the management of common health problems*. TSO.

World Health Organization (2019) Rehabilitation. Loetud aadressil

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

World Health Organization (2017). Rehabilitation 2030: A Call for Action. Loetud aadressil

<https://www.who.int/news-room/events/detail/2017/02/06/default->

[calendar/rehabilitation-2030-a-call-for-action](https://www.who.int/news-room/events/detail/2017/02/06/default-calendar/rehabilitation-2030-a-call-for-action)

Young, A. E., Wasiak, R., Roessler, R. T., McPherson, K. M., Anema, J. R., & van Poppel,

M. N. M. (2005). Return-to-Work Outcomes Following Work Disability: Stakeholder

Motivations, Interests and Concerns. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4),

543–556. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8033-0>

LISAD

Lisa 1. Kliendiintervjuu küsimused

Taustainfo		
Vanus		
Töötate/ei tööta?		
Millal te viimati töötasite?/ Kui pikalt töötate praegusel ametikohal?		
Mis põhjusel pidite töötamise lõpetama? (mittetöötav klient)		
Enne rehabilitatsiooniteenust	Viide teooriale	Autor
Kas ja kui pikalt olite haiguslehel ja millal pidite tegema töövõime hindamise?	õigus tööalasele rehabilitatsioonile võiks olla kõikidel töötavatel inimestel, fookus on ennetamisel ja varajasel sekkumisel	(Belin <i>et al.</i> , 2016, lk 7,22, 24).
Kas ja millist tuge on pakkunud teile tööandja? Millist tuge oleks vaja?	Töökohal peaks olema keskne roll tööle tagasipöördumise toetamisel Sekkumised töökohal aitavad töötajatel naasta tööle ja vähendavad haiguspuhkuse kestust.	Van Vilsteren, <i>et al</i> (2015) Belin et al., 2016 lk 10; Maaailma Terviseorganisatsioon, 2002, lk 31
Milliste infokanalite kaudu saite infot tööle naasmist toetavate teenuste sh tööalase rehabilitatsiooni kohta?	Keerulised ja liigse bürokraatiaga süsteemid võivad muuta tööle tagasi pöördumise raskeks ning süsteemides mitteorienteerumine võib kaasa tuua negatiivsed tagajärjed.	(MacEachen et al 2010; 350-359)
Kuidas hindate teenusele sisenemist (teenusega alustamist)? <i>Oli see teie jaoks arusaadav protsess, vajasite kõrvalabi ja lisaselgitusi?</i>	Protsessi edukust võivad takistada liigne paberimajandus, puudulikud terviseandmed, tööandja reeglid, liiga hiline teenusele suunamine.	(MacEachen et al 2010; 350-359)
Mida teadsite tööalasest rehabilitatsioonist eelnevalt?	Puuetega Inimeste Koja andmed on ka näidanud, et rehabilitatsiooniteenuse kasutajatel on vähe infot teenuse sisu kohta	(Hanga, 2011).
Millised olid teie ootused rehabilitatsiooniteenusele?	Vähesest infost tulenevalt võivad olla ka valed ootused justkui sotsiaalse rehabilitatsiooni raames võiks tegelikult saada taastusravi	(Hanga, 2011).

Lisa 1.jätk

Teenusel		
Milliseid teenuseid kasutate tööalase rehabilitatsiooni raames?	Rehabilitatsiooniteenuse puhul on oluline meeskondade mitmekülgsus, et ühes meeskonnas on saadaval mitmed erinevad teenused. See aitab paremini toetada klienti ja ennetada väljalangemist.	Drake et al 2003
Kuidas te ise hindate, kas saite teenusele õigeaegselt –siis kui vajasite teenust?	Tööle tagasi pöördumisel tulemuslikkuse saavutamiseks on oluline, et multidistsiplinaarne meeskond teeks tihedat koostööd töökohaga ning, et sekkumised algaksid juba varakult samaaegselt arstiabiga	(Cancelliere 2016, lk 20; Wade et al 2000 lk 1).
Olete teenusel teistkordselt, miks vajate järjepidevat teenust?	Täpsustada pikaajalise teenuse vajaduse põhjused	Autori lisatud
Kuidas on saadud teenused toetanud teie töövõime säilimist/taastumist? Kirjeldage senist teenuse kasutamise kogemust	Kliendi hinnang oma taastumisele	Autori lisatud
Milliseid taastumist ja tööle naasmist/töötamist toetavaid teenuseid olete veel kasutanud lisaks rehabilitatsioonile? <i>Sotsiaalne rehabilitatsioon, taastusravi, töötukassa poolt tööle naasmist toetavad teenused</i>	Tähtis on erinevate valdkondade professionaalide nagu tervishoiuteenuste, psühholoogia ja tööturu valdkonna esindajate omavaheline koostöö, et kaardistada võimalused, piirangud ja ravivajadused	(Huang et al 2013).
Kuidas olete seni saadud teenustega üldiselt rahul? <i>Mida positiivset ja mida negatiivset tooksite välja?</i>	Üldise teenustega rahulolu täpsustamine	Autori lisatud
Millist toetust te veel vajaksite lisaks rehabilitatsiooniteenustele, et naasta tööle/tööd säilitada?	Kliendi arvamus teenuse arendamise võimaluste osas	Autori lisatud
Teie ettepanekud teenuse paremaks muutmiseks	Kliendi arvamus teenuse arendamise võimaluste osas	Autori lisatud

Lisa 2. Ekspertintervjuu küsimused (töövõimet toetavate teenuste peaspetsialist)

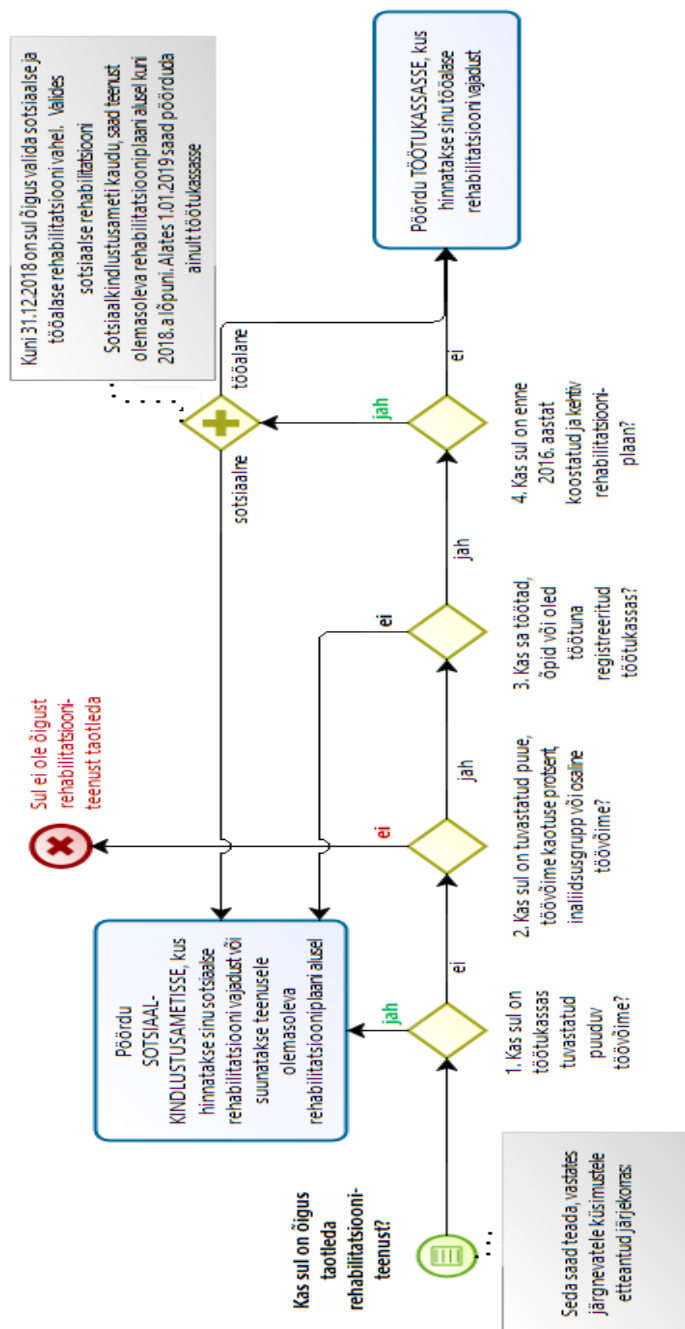
1. Töölase rehabilitatsiooniga alustati 2016. aastal. Kuidas on Teie meelest tööalase rehabilitatsiooni teenus käivitamine sujunud?
2. Millised on olnud töötukassa poolt vaadatuna peamised murekohad seoses tööalase rehabilitatsiooni teenuse osutamisega aga ka rehabilitatsioonivaldkonnas üldisemalt?
3. Milliseid tegevusi Teie arvates peaks tööalane rehabilitatsioon kindlasti sisaldama?
4. Millised on töötukassa peamised ootused teenuseosutajatega koostöö osas? Kas ja kuidas võiks omavahelist koostööd arendada?
5. Milliseid koostööpartnerid peaks tööalases rehabilitatsioonis veel lisaks kaasama? Tooge võimalusel mõned positiivsed näited koostööst tööalase rehabilitatsiooni teenuseosutajatega – head praktikad, programmid, kliendijuhtumid?
6. Millised olulisemad muudatused on tööalase rehabilitatsiooni valdkonda ees ootamas?
7. Millisena näete tööalase rehabilitatsiooni arenguvõimalusi tulevikus?

Lisakommentaariid, ettepanekud, tähelepanekud.

Lisa 2. Ekspertintervjuu küsimused järg (töötukassa juhtumikorraldaja)

1. Töölase rehabilitatsiooniga alustati 2016. aastal. Kuidas on Teie meelest töölase rehabilitatsiooni teenus käivitamine sujunud?
2. Millised on olnud juhtumikorraldaja poolt vaadatuna peamised murekohad seoses töölase rehabilitatsiooni teenuse osutamisega aga ka rehabilitatsioonivaldkonnas üldisemalt?
3. Milliseid tegevusi Teie arvates peaks tööalane rehabilitatsioon kindlasti sisaldama?
4. Millised on Teie peamised ootused teenuseosutajatega koostöö osas? Kas ja kuidas võiks omavahelist koostööd arendada?
5. Milliseid koostööpartnerid peaks töölases rehabilitatsioonis veel lisaks kaasama? Tooge võimalusel mõned positiivsed näited koostööst töölase rehabilitatsiooni teenuseosutajatega – head praktikad, programmid, kliendijuhtumid?
6. Millised olulisemad muudatused on töölase rehabilitatsiooni valdkonda ees ootamas? (kui on teada)

Lisa 3. Kliendi liikumine rehabilitatsiooniteenusele



Allikas: Sotsiaalkindlustusamet n.d

Lisa 4. Regionaalhaigla kliinikud

ANESTESIOLOOGIAKLIINIK	TAASTUS- JA PALLIATIIVRAVI KLIINIK	ONKOLOOGIA- JA HEMATOLOOGIAKLIINIK	SISEHAIGUSTE KLIINIK
Anesteesia	Järe ravi keskus	Hematoloogia	Kardioloogia
Erakorraline meditsiin	Taastusravi keskus	Kiiritusravi	Kutsehaigused- ja töötervishoid
Intensiivravi	Õendusabi keskus	Keemiaravi	Naha- ja suguhaigused
Kiirabikeskus	Palliatiivravi keskus		Nefroloogia
DIAGNOSTIKAKLIINIK	KIRURGIAKLIINIK	PSÜHHIAATRIAKLIINIK	Neuroloogia
Laboratoorium	Erakorraline kirurgia	Statsionaarne ravi	Pulmonoloogia
Patoloogia	Kardiorakalkirurgia	Psühhiaatriapolikliinik	Üldsisehaigused
Radioloogia (sh nukleaarmeditsiin)	Naistehaigused		VÕRGUSTUNUD HAIGLAD
Verekeskus	Neurokirurgia		Läänemaa Haigla
	Operatsioonikeskus		Raplamaa Haigla
	Ortopeedia (sh plastikakirurgia ja põletusravi)		Hiumaa Haigla
	Pea- ja kaelakirurgia		
	Üld- ja onkokirurgia		
	Üld- ja onkuroloogia		

Allikas: Regionaalhaigla n.d

Lisa 5. Väliskeskkonna analüüs

Väliskeskkonda ja selle olulisemat mõju Põhja – Eesti Regionaalhaiglas analüüsitakse poliitilises, majanduslikus, sotsiaalses ja tehnoloogilises vaates. Väliskeskkonna analüüs on läbi viidud koodoloome tööta raames, tulemused on lühidalt välja toodud tabelis, pikamelt selgitatud tabeli all.

POLITIILINE	MAJANDUSLIK
<ul style="list-style-type: none"> • siseriiklikud seadused • konkurentsi reguleerimine • poliitiline stabiilsus • riiklikud subiidiumid • kliendi õigus valida sobiv teenuse pakkuja • välispoliitilised muutused 	<ul style="list-style-type: none"> • välisinvesteeringute hulk • töötuse tase • Inflatsiooni tase • palkade tase • taristu renoveerimine • riigieelarvete tasakaal • rahvusvahelised lepingud • Euroopa Liidu struktuurivahendid • majanduskasv • kvalifitseeritud tööjõu puudus • nõudluskasv • hanked
SOTSIAALNE	LOOGILINE
<ul style="list-style-type: none"> • elanikkonna vanus • teadlikkuse kasv • haridustase • migratsioon • sotsiaalsed programmid • tööjõu vaba liikumine - • pendelränne • madal sündimus 	<ul style="list-style-type: none"> • infotehnoloogia areng • infrastruktuuride areng • uued tehnoloogiad, tooted, materjalid • uurimis- ja arendustööde tase • standardid • IKT vahendite kättesaadavus • Tööturu ootuste muutumine

Poliitiline mõju

- Siseriiklikud seadused - Ettevõtte peab olema kursis nii kehtivate seadustega kui ka oodatavate seadusemuudatustega, et neid oma tegevuse kavandamisel arvestada.
- Seejuures tuleb arvestada nii siseriiklike seaduste kui ka rahvusvaheliste regulatsioonidega, mis tulenevad kuulumisest Euroopa Liitu. Ettevõtte tegevust võivad kontrollida või mõjutada mitmed organid, nagu näiteks tööinspeksioon, tarbijakaitseamet, konkurentsiamet, sotsiaalkindlustusamet, terviseamet, töötukassa, haigekassa, Euroopa Sotsiaalfond
- Tervishoiuteenuste osutamine on peaaegu detsentraliseeritud, st tervishoiuteenuseid
- Haigekassa lepingud tähtajalised, lepingute mahud on ajas muutuvad, töötukassa ja sotsiaalkindlustusameti lepingud tähtajatud, kuid võivad samuti muutuda.
- Töösuhteid reguleerivad seadused – poliitilised reformid mõjutavad nõudeid spetsialistidele, mistõttu on raskendatud kvalifitseeritud tööjõu leidmine (nt. kutsetunnistused, haridusnõuetele vastavus).
- Välistööjõudu puudutavad seadusandlikud muudatused ja rändekvootide võimalik muutumine mõjutab isikute (tööjõu, patsientide) vaba liikumist.

- Tööturu meetmed: osalise ajaga töötamise soodustamine (vähenenud töövõimega inimesed, lastega emad, residendid).
- Kliendi õigus valida sobiv teenuse pakkuja - Teenuste direktiivi kohaselt on EL piirides patsientidel õigus tarbida tervishoiuteenuseid endale sobivad kohas. Seega peab arvestama, et kohapealsed teenused oleksid piisavalt kvaliteetsed tagamaks patsientide rahulolu ning seeläbi kliendibaasi säilimise ja suurendamine.

Majanduslik mõju

- Eesti majandus kasvas 2019 a. I pooles 4,3%, kogu 2019 a. majanduskasvuks prognoositi 3,3%, 2020. aastal aga majanduskasv aeglustub ja jääb 2,2% juurde. COVID19 pandeemiast põhjustatud eriolukord mõjutab oluliselt majanduskasvu
- Eriolukorrast tulenevalt suureneb ka töötus ja väheneb sotsiaalmaksu laekumine, ning sellest tulenevalt vähenevad ka haigekassa rahalised vahendid
- Töötuse tase - kui palju on teenusele suunatud inimesi
- Inflatsiooni tase - Teenuse hinnaga ei ole rahul teenuse pakkujad.
- Palkade tase - Jälgida siseturul teenindavate ettevõtete keskmisi sissetulekud, et tagada personalile motiveeriv palk, et ei tekiks personali vahetumist.
- Taristu renoveerimine – Kulud hoone renoveerimiseks ja remondi ajal ajutisel pinnal töötamiseks
- Riigieelarvete tasakaal - kui palju vahendeid eraldatakse haigekassale ja rehabilitatsiooniteenustele
- Rahvusvahelised lepingud – Millises ulatuses on riigil rahvusvahelisi lepinguid, Euroopa Sotsiaalfondi rahastus

Sotsiaalne mõju

- Elanikkonna vananemine - Elanikkonna vanus võib suurendada tööalase rehabilitatsiooni kasutajate hulka. Eesti elanikkond vananeb, mis tingib tööealise elanikkonna vähenemise.
- Rahvatervis - kui palju on osalise töövõimega inimesi (teenusesaajate hulk üldiselt)
- Sotsiaalsed programmid - Võimaldavad sarnaste probleemidega inimeste ühiseid tegevusi
- Tööjõu vaba liikumine - Kohalikud töötingimused, palga- ja motivatsioonisüsteem peavad olema konkurentsivõimelised, vastasel juhul on oht kaotada kaadrit EL teistele liikmesriikidele. Tervishoiutöötajate liikuvus võib omakorda kaasa tuua majanduslikke probleeme.

Tehnoloogiline mõju

- Infotehnoloogia areng - Muudab dokumentide vormistamise ja töötajate koostöö lihtsamaks (nt. uue siseveebi/andmebaasi loomine)
- Infrastruktuuride areng - ühistranspordiga ligipääsetavus, parkimiskohad
- Digitaalne nõustamine (Skype, Zoom, Teams jms keskkonnad). Enne eriolukorda oli diginõustamiste hulk minimaalne, eriolukorra ajal suurenes hüppeliselt diginõustamiste hulk
- Uued tehnoloogiad, tooded, materjalid - Konkurents teiste asutustega on vajalik pidev kursisolek uute tehnoloogiliste suundumustega (robotid, abivahendid, diagnostika võimalused)
- Uurimis- ja arendustööde tase - teaduspõhiste uuringutele toetumine teenuste pakkumisel
- Nutitelefonide suur kasutatavus paneb surve ka teenuseosutajatele –info asutuse poolt pakutavate teenuste kohta peab olema ka nutirakendusest leitav

Majanduskeskkonna ja tehnoloogilise keskkonna arengu dünaamika

Ettevõtte võime kohaneda muutuvate oludega

Investeeringud tehnoloogiasse, mis kiirendavad arenguid ja hõlbustavad teenuste pakkumist tähtajalised.

Allikad:

Sotsiaalministeerium. (2014). Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020. Loetud aadressil https://www.sm.ee/sites/default/files/contenteditors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/tervishoiu_arengusuunad_2020.pdf Sotsiaalministeerium. (2019).

Sotsiaalministeeriumi 2019-2022 tervishoiusüsteemi programm. Loetud aadressil https://www.sm.ee/sites/default/files/lisa_8_tervishoiususteemi_programm_2019_2022_0.pdf

Eesti Haigekassa. (n.d.). Ravi rahastamise lepingud. Loetud aadressil <https://www.haigekassa.ee/partnerile/raviasutusele/ravi-rahastamiselepingud>

Eesti Haigekassa. (n.d.). Tervishoiu rahastamine. Loetud aadressil <https://www.haigekassa.ee/kontaktpunkt/tervishoiususteemi-korralduseestis/tervishoiu-rahastamine>

Riskijuhtimine (2013). Juhendmaterjal täidesaatva riigivõimu asutustele. Loetud aadressil https://www.rahandusministeerium.ee/et/system/files_force/document_files/riskijuhtimine.pdf?download=1

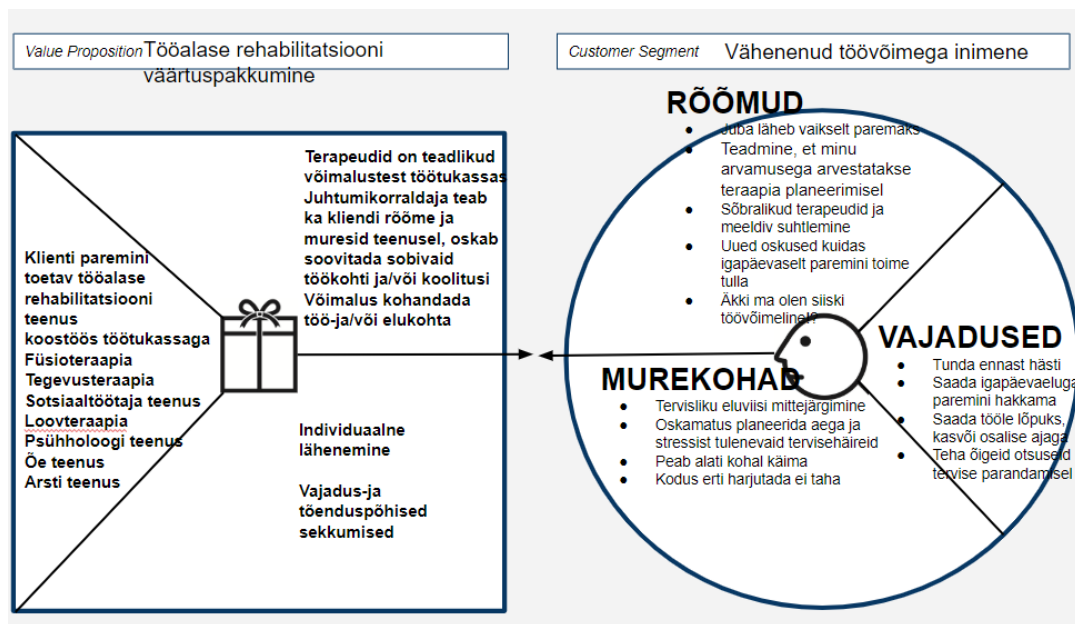
Rahandusministeerium. (2019). Rahandusministeeriumi majandusproгноos, suvi 2019. Loetud aadressil <https://www.rahandusministeerium.ee/et/riigieelarveja-majandus/majandusproгноosid>

Lisa 6. Ärimudel

Peamised partnerid	Peamised tegevused	Väärtuspakkumine	Kliendisuhted	Kliendisegmendid
Haigekassa	Kliendi emotsionaalne ja füüsilise tervise parendamine töövõime tõstmine erinevate teenuste abil: füsioteraapia tegevusteraapia loovteraapia,	Teadlikkus tervisest Individuaalne lähenemine	Aktiivne suhtlus erinevate huvigruppide vahel kliendi toetamiseks Info jagamine erinevate teenuste kohta	Osalise töövõimega inimesed Puuduva töövõimega inimesed Puudega inimesed Aktiivravilt suunatud
Töötukassa	psühholoogi nõustamine	Parem toimetulek igapäevaeluga	Individuaalne lähenemine	Perearsti suunatud
Sotsiaalkindlustusamet	sotsiaaltöötaja nõustamine	Parem hakkamasaamine töökohal; võimed ja oskused tööd otsida	Sõbralikud ja toetavad terapeutid	Tasulisel teenusel
Brightspark OÜ	õe teenus (toitumisenõustamine) arsti teenus taastusraviteenused Peamised ressursid Tööjõud Ruumid Töövahendid Teraapiavahendid	Koostöö võtmepartneritega Osalemine arendus projektides teenuse parendamiseks	Kanalid Koduleht PERHi erinevad üksused Töötukassa koduleht Sotsiaalkindlustusameti koduleht	
Kulustruktuur - Palgafond - Ruumirent - teraapiavahendid - töövahendid, -riided		Tuluvood - Haigekassa rahastus - Töötukassa rahastus - sotsiaalkindlustusameti rahastus - Tasulised teenused - Meediakajastused		

Allikas: autori koostatud Osterwalder, A. & Pigneur, Y. (2010)

Lisa 7. Väärtuspakkumine



Allikas: autori koostatud Osterwalder *et al.*, 2014 põhjal

Lisa 8. Parendatud teenuskontseptsioon klient Ljudmilla näitel

Tegevused	Perearst suunab töötukassasse	Töötukassasse aja panemine	Täidab töötukassa töövõimehindamis e taotluse	Otsus töövõimehindamisest (tuleb koju)	Töötukassasse aja panemine	Taotleb töötukassa rehabilitatsioon teenust	Paneb aja taastusravikeskusesse teenuse alustamiseks	Tegevuskava koostamine keskkuses	Esmaste vastuvõtu aegade määramine	Füsioterapeudi vastuvõtt 10x	Tegevusterapeudi vastuvõtt 10x
Esiplaanil	Perearst informeerib, läbivaatus	Klient helistab töötukassasse	Juhtumikorraldaja täidab töövõime hindamise küsimustiku, nõustab ja jagab infot erinevate teenuste kohta	Otsus kättesaadav (kirja teel)	Konsultant pakub vabu aegu	Juhtumikorraldaja nõustab, jagab infot rehabilitatsioon teenuse taotlemine	Sekretär jagab firmast infot - pakub vabaid aegu	Vestlus rehabilitatsiooni spetsialistidega ja teenuste määramine		Teenuse osutamine, uute aegade panemine	Teenuse osutamine, uute aegade panemine
Punkte	Infotöödlik töövõime hindamisest (vahetu vestlus)	Telefonivestlus üldnumbril aja panemiseks	Vahetu vestlus juhtumikorraldajaga	Kiri postkasti	Telefoni vestlus konsultandiga	Vahetu vestlus juhtumikorraldajaga	Telefoni vestlus sekretäriaga	Vahetu vestlus terapeudidga	Vahetu vestlus sekretäriaga, teenuste ajad mäkirapaberil	Vahetu teenuse osutamine	Teenuse osutamine, uute aegade panemine
Tagaplaanil	Perearsti ettevalmistus visiidiks	Konsultant otsib graafikust vabu aegu ja paneb kirja uue	Juhtumikorraldaja saadab viitiku edasi sissekannete tegemine süsteemi	Hindamisprotsess (kirja postitamine)	Konsultant otsib graafikust vabu aegu ja paneb uue kirja	Juhtumikorraldaja täidab taotluse teeb sissekandeid (eelinfo kogumine)	Sekretär otsib vabaid aegadeid sissestab uue graafikusse, rehabilitatsiooniteenuse juht vormistab teate teenusele registreerumise kohta reha.ee	Eelinfo kogumine, paberite ettevalmistamine, sissekannete tegemine, tegevuskava saatmine	Vastuvõttus vastuvõttus - sissekannete tegemine reha.ee , tegevuskava jaalgimine	Vastuvõttus vastuvõttus - sissekannete tegemine reha.ee , tegevuskava jaalgimine	Vastuvõttus vastuvõttus - sissekannete tegemine reha.ee , tegevuskava jaalgimine
Esilekerkivad probleemid	Perearsti teadmatus töövõime hindamisest ja töötukassa teenustest - kliendi madal motivatsioon iseseisvalt asju ajada	Töötukassa number raskesti leitav, pikad järjekorrad, pole sobivad aegu, ei julge helistada	Lüga raske taotlus, pikk protsess, klient kaotab motivatsiooni, liiga palju infot korraga, ei jää asjad meelde	Otsuse saatmine pikk aeg, kirja kaob ära, negatiivne otsus, või ka otsus, et osaline töövõime, hakkab laekuma töövõime toetus aega esialgu ise midagi edasi ei tee	Pikad järjekorrad, pole sobivad aegu	Saab negatiivse otsuse, klient vaib teise rehabilitatsiooni asutuse	Asutuse info raskesti leitav, pikad järjekorrad, pole sobivad aegu	Keskus või ruumid raskesti leitav, erimeelsus teenuse mahude osas	Võivad olla pikad ootejärjekorrad, pole sobivad ajad, järjekorrad	Kaalebarjäär, pole sobivat varustust, klient vähe motiveeritud, pikk ootejärjekord	terapeudiga kontakt hea vahel isik ei taha tulla teraapiasse, mis mõle sellel kõigel on?

Lisa 8 järg. Parendatud teenuskontseptsioon klient Ljudmilla näitel

Tegevused	Rehabilitatsiooniteenuse juht lepib juhtumikorraldaja ja terapeutidega vestluseks aja kokku	Koosolek juhtumikorraldajaga - osalevad ka terapeudid ja klient	arutelu koosolek - vahehinnangu vormistamine, edastamine töötukassale, peale koosolekut kokkulepitud tegevuste arutelu ja vastutajate määramine	Terapeut annab juhtumikorraldajale teada, et klient ei ilmunud kohale	Juhtumikorraldaja helistab kliendile	Klient võtab ühendust teenuseosutajaga loovteraapia saamiseks	Klient helistab vastuvõttu seoses tervise järsu halvenemisega
Esiplaanil	Teenuse osutamine, uue aja planeerimine	Juhtumikorraldaja pakub vabasid aegu, suhtlus terapeutidega, kliendi teavitamine	Vestlus teenuse kasutamisest, kliendi edenemisest, muude teenuste vajadusest	Terapeutide infovahetus	Terapeuti ja juhtumikorraldaja infovahetus	aja saamine loovteraapiaks	Info vahetamine, vastuvõtutaja muutmine
Puuteplaanil	Vahetu teenuse osutamine	telefonikõned, vahetu vestlus	Koosolek juhtumikorraldajaga	Vahetu vestlus	Telefonivestlus juhtumikorraldajaga	Telefoni vestlus sekretäriaga	Telefoni vestlus juhtumikorraldajaga
Taga- plaanil	Vastuvõtuks valmistamine - sissekannete tegemine, tegevuskava jälgimine (uue programmi puudub võimalus tunde üle sisestada)	Eelinfo kogumine, arutelu terapeutidega	Rehabilitatsiooniteenuse juht on koosoleku ette valmistanud, vaadanud üle kliendi kasutatud teenused reha programmis	ettevalmistamine, reha.ee programmi vahehinnangu vormistamine ja töötukassale saatmine	Eelinfo kogumine, sissekannete tegemine, vastuvõtu kalendri täitmine	Vastuvõtu kalendri täitmine, rehabilitatsiooni teenuse koordineator muudab tegevuskava, sissekande tegemine süsteemi	Info edastamine terapeudile
Esi- kerkida võivad probleemid	Kliendil võib jätkuvalt olla motivatsiooniprobleem, raske leida sobivat aega, kuid teenuse uuendustega ei jää klient nõ kahe silma vahele - temaga suheldakse regulaarselt, aidatakse ja toetatakse ka teenuse raskel hetkel	Keelebarjäär, klient vähe motiveeritud, pikk ooteajajerkord, ei taha enam käia	Võimalus, et klient pole teenusega rahul võib alati olla, kuid eduka teenuse jälgimisega, on ka klientide rahulolu suurem, sest on võimalus anda sisulist tagasisidet juhtumikorraldajale ja esilekerkinud probleemidest rääkida ning koostöös mõelda parimaid võimalikke lahendusi	Võib olla raske leida ühist sobivat aega, keegi puudub, kuid kuna koosolek juhtumikorraldajaga on olnud ja seal on infot - oluline, et jagatud, siis ei juhtu ka midagi kui mõni terapeut on puudu	Klient ei võta vastu, klient võib soovida teenust katkestada, kontakt juhtumikorraldajaga tagab selle, et ta siiski jätkab lõpuni	Võib juhtuda, et info ei jõua teiste terapeutideni - oluline, et teenuste korraldus ja oamvaheline infovahetus on läbi raagitud ka registratuuri töötajatega	

Lisa 8 järg. Parendatud teenuskontseptsioon klient Ljudmilla näitel

Tegevused	Tervenedes füsioteraapiaga jätkamine	Loovteraapia vastuvõtt	Teenuse lõpetamine	Töötukassasse aja panemine	Töötukassa juhtumikorraldaja vastuvõtt, sest vajab tööle saamiseks pikaajalist tuge	Rehabilitatsiooniteenuse koordinaator helistab peale viimast teenust poole aasta möödudes kliendile, et küsida kuidas on läinud ning täpsustab töötamise/mittetöötamise ja edasise teenusevajaduse
Esiplaanil	Varasema ja edasise teenusel käimise arutelu, tervisealiku seisundi täpsustamine	Teenuse osutamine, uue aja panemine	Infovahetus, edasise teenuse vajaduse hindamine	Konsultant pakub vabasid aegu	Juhtumikorraldaja nõustab, jagab infot, suunab uuesti teenusele	Rehabilitatsiooniteenuse koordinaator helistab kliendile
Puutepunktid	Vahetu vestlus kliendiga, viib läbi terapeuti	Vahetu teenuse osutamine	Kliendi vahetu vestlus teenuse koordinaatoriga ja terapeutidega	Telefoni vestlus konsultandiga	Vahetu vestlus juhtumikorraldajaga	Vahetu vestlus kliendiga telefoni teel
Taga plaanil	tegevuskava ülevaatamine - järelejäädud teenuste mahud, sissekanne reha.ee programmi	Vastuvõtuks valmistamine - sissekannete tegemine, tegevuskava jälgimine	Eelinfo kogumine, paberite ettevaimistamine, dokumentide saatmine töötukassasse	Konsultant otsib graafikust vabu aegu ja paneb kirja uue	Juhtumikorraldaja teeb sissekandeid (eelinfo kogumine)	Rehabilitatsiooniteenuse koordinaator teeb märke reha.ee programmi - selle põhjal on võimalik hakata analüüsima teenuse tulemuslikkust
Esile kerkida võivad probleemid	Raske leida ühist sobivat aega, graafikud täis - arutelu terapeudiga koduse harjutuskava osas, ei olegi vaja enam nii tihti kaia, piisab ka harvemast graafikust	Keelebarjäär, klient vähe motiveeritud, pikk ootejärjekord	Raske leida ühist aega, eesmärk ei pruugi olla täidetud, kliendi rahulolematust teenusega aitab vältida motiveerimine teenustega jätkamiseks, saab info, kuidas teenustega jätkata	pikad järjekorrad, pole sobivaid aegu, ei mäleta täpselt, kuidas ja kus oli vaja registreerida, teab, et võib vajadusel uuesti rehabilitatsiooniasutusse nõu küsida	Klient pole enam motiveeritud teenuseid saama, juhtumikorraldaja räägib teenustega jätkamise vajalikkusest ja sellest, et muutused võtavad aega	Klienti ei saa kätte või ei saa rääkida, võib juhtuda, et ununeb uuesti helistada, hea kui olemas meiliteel kontakteerumise võimalus

SUMMARY

POSSIBILITIES TO DEVELOP WORK REHABILITATION SERVICES IN THE NORTH ESTONIA MEDICAL CENTRE

Merje Servet

The proportion of people with reduced work ability and different health problems is increasing. Such people need help to maintain their health and ability to work. They need work rehabilitation services to support their daily life and ability to work life. The purpose is to support their health recovery and help them return back to work.

The aim of this Master's thesis is to provide proposals for the development of work rehabilitation services and to improve the service design process on the example of North Estonia Medical Center.

The research questions were as follows:

1. What are the needs of the clients of the occupational rehabilitation service and related problems in the North-Estonian Medical Centre?
2. What are the needs and opportunities for the development of work rehabilitation?

Based on the research question, the following research tasks were set:

- To give an overview of the causes of loss of work ability and work rehabilitation on the basis of theoretical literature
- To get an overview of the current situation of the work rehabilitation service in the North-Estonian Regional Hospital and to point out the expectations of both the unemployment fund and the clients for the work rehabilitation service
- To give an overview of the specifics of service design in the context of work rehabilitation
- Carry out a service design study at the North-Estonian Medical Centre
- Based on the results of the occupational rehabilitation service design study, create an improved service concept for the North-Estonian Medical Centre

Work ability is defined as the ability of an employee to perform the tasks assigned to him or her. This means a balance between individual resources and the demands at work. This balance is often sought throughout working life. Returning to the labor market requires good co-operation in the fields of employment, public health, occupational safety, social security and education. It is important that different policy areas (eg employment and health) work towards a common goal and that rehabilitation services are developed in cooperation.

The main topics in theoretical part were different approaches in work rehabilitation, the essence of work ability and stakeholders in work rehabilitation. Theoretical background of service design was also introduced. In the past, rehabilitation has focused on adapting to disability rather than compensating for it. Medical rehabilitation did not take into account personal and social factors. In the biomedical approach, disability and illness are also seen as an inability to work. In the biopsychosocial approach, the disability (physical function) and the psychological, social and environmental aspects are also taken into account in the process of returning to work.

The main stakeholders in work rehabilitation are the client, the employer, colleagues, the rehabilitation service provider, the general practitioner, the unemployment fund, family. Cooperation between all stakeholders in work life is very important in supporting return to work.

To develop work rehabilitation services a service development study was carried out based on a four-step service design process: discover, define, develop and deliver. At the research stage, document analysis, data based on secondary survey, stakeholder mapping and interviews were used to collect data. In the definition phase, based on document analysis and interviews, personas were created of the work rehabilitation client, the empathy maps are created together with the client journey map and improved service plan is presented. In the delivery phase, ideas and service components are developed: client journey map, service plan, offered solutions, value proposition and business model.

In order to develop work rehabilitation services at the North-Estonian Medical Centre, a qualitative study was conducted in which important related parties participated: work rehabilitation experts from unemployment fund, clients of the work rehabilitation service, therapists providing work rehabilitation services.

The results of the work are:

- An overview of the nature of work rehabilitation services;
- An overview of the provision of work rehabilitation services and related problems both in Estonia in general and in the North-Estonian Medical Centre;
- Suggestions have been made to describe the processes related to the provision of the service in more detail

One of the main suggestions to improve work rehabilitation services in North-Estonian Medical Centre is greater involvement of the client case manager in the service provision process. Meetings with the case manager can support the client in returning to work, ensure more efficient information exchange, reduce duplication and it helps to promote cooperation between the unemployment fund and rehabilitation team.

The result of the piloting was an improved service concept, business model and value proposition for work rehabilitation services in North-Estonian Medical Centre.

The author of this Master's thesis hopes that as a result better and more effective work rehabilitation services will be provided for people with reduced work ability.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Merje Servet

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose

TÖÖALASE REHABILITATSIOONI TEENUSE ARENDAMISE VÕIMALUSED SA PÕHJA-EESTI REGIONAALHAIGLA NÄITEL

mille juhendaja on Anne Rähn

reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Merje Servet

20.05.2020